جامعة أسيوط

EDUCATION
كلية التربية

فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات

إعداد

وليد محمد محمد سيد

باحث شئون تعليم – مركز تطوير التعليم الجامعي

للحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص (علم نفس- صحة نفسية)

تحت إشراف

أ.د/ حمدي شاكر محمود

أستاذ الصحة النفسية

و عميد كلية التربية السابق بالوادي الجديد

جامعة أسيوط

د/ عبد الله محمد عبد الظاهر

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية

جامعة أسيوط

العام الجامعي ٢٠١٢/٢٠١٣ م

بسم الله الرحمن الرحيم

" قَالُوا سُبْحَانَكَ لاَ عِلْمَ لَنَا إِلاَّ مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ "

صدق الله العظيم

(سورة البقرة ، الآية ٣٢)

جامعة أسيوط
كلية التربية
إدارة الدراسات العليا والبحوث

***

نتيجة المناقشة والحكم على الرسالة المقدمة من الباحث / وليد محمد محمد سيد
للحصول على درجة الماجستير في التربية (علم نفس – صحة نفسية)

****

اجتمعت لجنة المناقشة و الحكم المعتمدة من **السيد الأستاذ الدكتور / نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث** بتاريخ / / ٢٠١٣م والمشكلة من السادة :-

١- أ.د. حمدي شاكر محمود — رئيسا ومشرفا
أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية – جامعة أسيوط

٢- أ.د. حسن أحمد عمر علام — عضوا ومناقشا
أستاذ علم النفس التربوي ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية بأسوان – جامعة جنوب الوادي

٣- د. خضر مخيمر أبو زيد — عضوا ومناقشا
أستاذ علم النفس التربوي المساعد بكلية التربية – جامعة أسيوط

وذلك لمناقشة البحث المقدم من **الطالب / وليد محمد محمد سيد** بعنوان " فاعلية برنامج علاجي قائم **على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية** لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية – **جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي** لتنظيم الذات "

وذلك في **يوم** الخميس **الموافق** ٢ / ١٠ / ٢٠١٢ من **الساعة** العاشرة **حتى الساعة** الثانية ظهراً **بمقر** كلية التربية بأسيوط.

وبعد المناقشة والمداولة توصى اللجنة **بمنح الطالب / وليد محمد محمد سيد** درجة الماجستير في التربية { علم نفس – صحة نفسية } بتقدير عام { ممتاز مع التوصية بتبادل الرسالة مع الجامعات والمراكز

اللجنة :

١- أ.د. حمدي شاكر محمود ١/ ٢٠١٢
٢- أ.د. حسن أحمد عمر علام ٣١/١٠/٢٠١٢
٣- د. خضر مخيمر أبو زيد ٣١/١٠/٢٠١٢

كلية التربية　　　　　　　　　　　　　　　　　قسم علم النفس

وليد محمد محمد سيد

باحث شئون تعليم بمركز تطوير التعليم الجامعي

علم نفس تربوي – صحة نفسية

عنوان الدراسة :

فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات

مستخلص الدراسة :

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي (S-REF Model)" Self-Regularity Excecutive Function Model" لـ/ويلز وماتثيوس(Wells & Matthews,1994). وقد تكونت عينة الدراسة الاساسية من (٤٢٥) طالباً و طالبة (٧٠) ذكور،(٣٥٥) إناث. كما اشتملت أدوات الدراسة على مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ / ليبوتز (LSPS) (تعريب الباحث)، ومقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30) (تعريب وإعداد / عبد الله محمد عبدالظاهر) وقائمة الأفكار المقلقة(AnTI) لـ/ ويلز (تعريب الباحث)، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي الذي اشتمل على (١١) أحدى عشر جلسة علاجية مدة كل منها ساعتان.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة أحصائية بين متوسطي درجات كل من الذكور و الإناث في عينة الدراسة الاساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS) لصالح الإناث مما يدل على شيوع انتشار اضطراب الفوبيا الاجتماعية بين الأناث عن الذكور. كما توصلت نتائج الدراسة العلاجية إلى فروق ذات دلالة أحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي لمقاييس الدراسة مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الفوبيا الاجتماعية وأثره في دحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالاضطراب ؛ كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقاييس الدراسة السيكومترية مما يؤكد على استمرارية الأثر العلاجي للبرنامج.

Walid Mohamed Mohamed Sayed
Researcher of educational affairs -Education Enhancement Center
Educational Psychology - Mental health

- **Study title:**

"Effectiveness of a treatment program based on metacognitive strategies in reducing social phobia in a sample of student teachers at Assiut University in the light of S-REF model"

- **Abstract:**

This study aimed to identify the efficacy of a treatment program based on metacognitive strategies in reducing social phobia among student teachers in the light of (S-REF Model)"Self-Regularity Executive Function Model" (Wells & Matthews, 1994).The main sample consisted of (425) participants (70 male, 355 female).The researcher has applied three psychometric scales: Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS), Metacgnition Questionnaire (MCQ-30), Anxious Thought Inventory (AnTI); in addition to the metacognitive therapy treatment program which consists of (11) eleven treatment sessions of two hours each.The therapeutic sample consists of (6) fermale student teachers.

The results of the study concludes that there are significant differences between the mean scores of both males and females in the main study sample on social phobia scale (LSPS) in favor of females which indicates prevalence of the spread of social phobia disorder among females than males. The results also concludes that there is a statistically significant differences between the average mean degrees at pre-post test of the therapeutic group which demonstrates effectiveness of the program in reducing social phobia and its impact on refuting and disproving metacognitive belifs related to the disorder.The results also concludes that there is a no statistically significant differences between the average mean degrees at post-followup test of the therapeutic group which demonstrates continuity of the effectiveness of the therapeutic program in reducing social phobia.

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

(...الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ...)

الأعراف (من الآية ٤٣)

ربنا لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك ولعظيم سلطانك، اللهم إني أحمدك حمداً لا ينقطع ولا يفنى مدده، اللهم صلى على سيدنا محمد وعلى اله وصحبه أجمعين. . . وبعد.

فاني أتقدم بخالص الشكر لكل من قدم لي عوناً لكي تخرج البحث في هذه الصورة وأخص بالشكر أستاذي الفاضل **السيد الأستاذ الدكتور/ حمدي شاكر محمود /** أستاذ الصحة النفسية والعميد السابق لكلية التربية بالوادي الجديد جامعة أسيوط لما بذله من جهد وتوجيهات كان له أكبر الأثر في انجاز هذه البحث،و له مني كل الشكر والتقدير ، وأدعو الله أن يديم عليه الصحة والعافية.

كما يطيب لي أن أتقدم بخالص الشكر إلى **السيد الدكتور / عبد الله محمد عبد الظاهر الخولي/** مدرس الصحة النفسية بقسم علم النفس بكلية التربية -جامعة أسيوط لتفضله بالإشراف على البحث منذ أن كان هذا البحث مجرد فكرة حيث استوحيت فكرة بحثي في الأساس من دراساته وأبحاثه وكتاباته حيث لم يبخل بالوقت ولا النصيحة رغم كثرة مشاغله وأعبائه ، جزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري للسيد **الأستاذ الدكتور / حسن أحمد عمر علام** – أستاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي بكلية التربية بأسوان لتفضله بقبول مناقشة البحث رغم كثرة مسئولياته وضيق وقته وتكبده عناء السفر فاسأل الله أن يبارك في عمره وعلمه وأن يديم عليه الصحة والعافية.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير للسيد **الأستاذ الدكتور/ خضر مخيمر أبوزيد** – أستاذ علم النفس التربوي المساعد بكلية التربية جامعة أسيوط لتفضله بقبول مناقشة البحث فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما يطيب لي أن أتقدم بخالص شكري وإعزازي للسيد **الأستاذ الدكتور/ عمر سيد خليل /** العميد السابق لكلية التربية جامعة أسيوط ومدير مركز تطوير التعليم الجامعي على دعمه وتشجيعه وتفضله بتخصيص أحدى قاعات مركز التطوير بالمبنى

الإداري لتنفيذ البرنامج العلاجي موضوع الدراسة فأسال الله له أن يبارك له في عمره وصحته.

كما أتقدم بالشكر والإعزاز **للدكتورة /عفاف أحمد جعيص** والسيدة **الدكتورة / مديحة محمود الجنادي** – أستاذتي الصحة النفسية المساعدتين بكلية التربية جامعة أسيوط لتفضلهما بالمساهمة بالتوجيه والنصائح المفيدة والوقت الغالي حتى تخرج هذه البحث في صورة جيدة ، كما يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر **للسيد الدكتور/ مصطفى عبد المحسن الحديبي** – مدرس الصحة النفسية لما قدمه من عون وإرشادات غالية ساهمت في تحسين البرنامج العلاجي موضوع الدراسة.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري للسادة المعيدين والمدرسين المساعدين بكلية التربية في جميع أقسامها– وعلى الأخص إلى **الأستاذ/شعبان أبو زيد والأستاذ/ محمد عبد العظيم** – لما قدموه لي من عون فجزاهما الله عني خير الجزاء.

و في النهاية أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان لوالدي ووالدتي وجميع أفراد أسرتي على مواقفهم العظيمة وتشجيعهم لي وأدعو الله أن يمن عليهم بالصحة والعافية وأن يجزيهم عني خير الجزاء.

أخيراً إن كنت قد أصبت فهذا فضل من الله وتوفيقه وأن كانت الأخرى فحسبي أني قد بذلت قصارى جهدي، وما أنا إلا بشرٌ أصيب وأخطئ والكمال لله وحده إليه يُرجع الفضل كله وهو نعم المولى ونعم النصير.

الباحث

قائمة المحتويات

قــائـمــة الإشـكـــال

قــائـمــة الجـــداول

الفصل الأول

التعريف بالدراسة

التعريف بالدراسة

- مقدمة الدراسة
- مشكلة الدراسة
- مصطلحات و تعريفات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة

الفصل الأول

التعريف بالدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة:-

يعتبر تطبيق و توظيف مداخل علاجية حديثة وفق نظريات معرفية مبتكرة"Innovative" عنصر مهم في تطوير مجال علم النفس العلاجي"Psychotherapy" للعديد من الاضطرابات النفسية الشائعة مع تطوير وتحسين العديد من الفنيات العلاجية السائدة التي أثبتت فاعليتها.و يناقش النموذج ما وراء المعرفي للاضطراب النفسي و القائم في الأساس على استراتيجيات ما وراء المعرفة عن مدى وجود الأفكار و المعتقدات السلبية كنتيجة لإستراتيجية لا توافقية متحكمة في الإدراك. تصف هذه المقدمة بالإشارة اضطراب الفوبيا الاجتماعية عن مدى مساهمة ما وراء المعرفة في الثبات الإدراكي و معدل تغيره وفق النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF Model) بحيث يعرض مستوى من الصياغة المرضية والتدخل العلاجي و التي لا ترتكز على مجرد محتوى الأفكار والمعتقدات السلبية المثبت فاعليتها في العلاج المعرفي التقليدي.

يتطرق الباحث إلى ما يعانيه العديد من الطلاب المعلمين من صعوبات في أداء الممارسات التربوية أثناء إلقائهم لمحاضراتهم و دروسهم في حصص التربية العملي من طلاب الفرقتين الثالثة والرابعة بكلية التربية جامعة أسيوط و التي تبدو في ظهور أعراض التوتر وعلامات الانزعاج كزيادة ضربات القلب و احمرار الوجه و التعرق والتحفظ عند التحدث أو المناقشة أمام زملائه أو تلاميذه مع تجنب التحدث أمام الآخرين.

هنا يجب التأكيد على أن مريض الفوبيا الاجتماعية على دراية كاملة بأن كل الأعراض التي تناوبه أثناء تعرضه لمثل هذه المواقف مبالغ فيها وليس لديه أسباب حقيقية لحدوثها .و هو من الاضطرابات المعيقة حيث تصل نسبة احتمال الإصابة به إلى حوالي(١٣%) من البشر (محمد عبد الله شاووش،٢٠١٠@sehha.com online).

أشارت العديد من الدراسات إلى انتشار اضطراب الفوبيا الاجتماعية بين المراهقين ، حيث توصلت دراسة (Solyum et al. , 1986) إلى أن ذوي الفوبيا

الاجتماعية يمثلون نحو(٢٥%) من جميع حالات الخواف عند المراهقين. تعيق كل هذه الأعراض والسمات اللاتوافقية المعلم عن أداء مهمته التربوية كما تعمل على إبراز بعض التأثيرات النفسية الانعكاسية الحادة تجعله غير قادر على الوفاء بأداء مهمته التربوية و بمتطلبات عمله كمعلم.

لقد طور الكثير من الباحثين برامج علاجية مبتكرة للعديد من الاضطرابات الشائعة كاضطراب الفوبيا الاجتماعية اعتماداً على نماذج معرفية سلوكية أثبتت فعاليتها في معالجة أو على الأقل التخفيف من حدة تلك الاضطرابات،ولكن علي الرغم من كفاءة تلك البرامج التقليدية إلا انه يتوجب البحث عن نظريات و نماذج مستحدثة تزيد من فاعلية و كفاءة البرامج العلاجية الحالية. كما أكدت دراسة (Zoccolillo,1992) أثر الفوبيا الاجتماعية كمتغير له أثرة السلبي على تقدير الذات فكلما أرتفع القلق نقص تقدير الفرد لذاته(Zoccolillo,1992 ,547).

يعتمد البرنامج العلاجي المقترح لاضطراب الفوبيا الاجتماعية علي استراتيجيات علاجية لما وراء المعرفة و عمليات لتعديل الانتباه و التحكم في الانزعاج مع تنظيم المعالجة إثناء التجارب السلوكية و بعدها سواء أثناء تطبيق جلسات البرنامج العلاجي أوبعدها في فترة المتابعة. تعتمد هذه المقالة البحثية على أن مقاومة التغيير الإدراكي يعتبر خاصية تلقائية تحدث أثناء معالجة المعلومات، فالإنسان رهن بما يفكر فيه ،وفي العلاج المعرفي يعتبر هذا التغيير نتيجة لصياغة غير مكتملة للعوامل الداخلية أو ما يعرف "التفكير عن التفكير " –ما وراء المعرفة– تتضمن عمليات التحكم و التعديل في الإدراك(Wells, 2007,18).يمكن تضمين ما وراء المعرفة سواء من الناحية التشخيصية أو العلاجية (Wells & Purdon, 1999) باعتباره جانباً من الجوانب المتضمنة في نظام معالجة المعلومات Information Processing System التي تراقب Monitors و تفسر Interprets و تقوم Evaluates و تنظم Regulates المحتويات و العمليات الخاصة بتنظيمها الذاتي(عبد الله محمد عبد الظاهر،٢٠٠٨، ٨٥).

ثانياً: مشكلة الدراسة:-

على الرغم من اعتبار الفوبيا الاجتماعية حالة قلق طبيعية في مرحلة المراهقة كغيره من اضطرابات القلق إلا أن كثير من الدراسات أوضحت أن معدل ظهور مشكلة الفوبيا الاجتماعية كان أكثر نشوءاً خلال تلك الفترة.كما يؤكد الكثير من المتخصصين في الإمراض النفسية أن العديد من الأشخاص يعانوا من هذه المشكلة في صمت لأعوام طويلة و لا يطلبون المساعدة إلا في عند تزايد الحالة لدرجة أنها قد تتسبب في بعض المشاكل و الأزمات الحياتية. يحتاج غالبية مرضي الفوبيا الاجتماعية إلى علاج مستمر كما أن نصفهم قد يعانون أيضاً من بعض الاضطرابات النفسية الأخرى كالهلع أو والاكتئاب (المشكلات الاجتماعية @ feedo.net online). أدى تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض النفسية و العقلية الإصدار الرابع (DSM-IV-TR) الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى الاعتراف بأن اضطراب الفوبيا الاجتماعية يسبب اختلالاً و عجزاً خطيراً في الجوانب المهنية و الاجتماعية (محمد محروس الشناوي و محمد السيد عبد الرحمن ،١٩٩٨، ٢٦).

تعتمد الدراسة الحالية على الأساس التجريبي للمدخل العلاجي ما وراء المعرفي أو ما يعرف اختصاراً (MCT) و الذي يفترض بارتباط الاضطراب النفسي بنمط خاص من التفكير متضمن لتصور حدثي و متكرر في صورة انزعاج و اجترار فكري مع تثبيت الانتباه على التهديد ؛ وبالتالي يعتبر الانحراف في المعالجة في أسلوب و طريقة تفكير الفرد بدلاً عن المحتوى الذي يفكر فيه. يؤكد محتوى الانزعاج و الاجترار الفكري على وجود تباينات واضحة في إطار مفهوم الفرد حيث تبدو عناصر الانزعاج والاجترار الفكري كمتغيرات كامنة تحت سيطرة المحتوى ما وراء المعرفي للشخص ذاته. تعزو و تؤول نظرية "بيك "للمخططات المعرفية(Beck Schema Theory; Beck ,1976)-على سبيل المثال-عمليات التحكم في الإدراك بشكل أكبر إلى المعتقدات العامة التي تعتبر عنصر هام فالانحراف الانتباهي يكون في المحتوى المعاني و ليس في النمط أو أسلوب المعالجة. لم تحاول المداخل العلاجية الأقدم أن تعطي أي دور للمكونات ما وراء المعرفية ولكن مجرد التفرقة بين أنماط التفكير المختلفة بجعل

العـــلاج مــا وراء المعرفــي (MCT) ذو طبيعــة متباينــة عــن هــذه الجوانــب التقليدية(Fisher & Wells, 2010, 7).

في ضوء ما سبق تتركز مشكلة الدراسة الحالية في تساؤل رئيسي:"**مـــا فاعليـــة برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعيـــة لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF Model)؟**"؛ و تنبع مـــن المـــشكلة الرئيـــسية بعـــض التساؤلات الفرعية التي تهدف الدراسة إلى الوصول لأجابتها، و هي:-

١. ما نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية في عينة الدراســـة الأساســـية مـــن الطـــلاب المعلمين (الفرقتين الثالثة والرابعة) بكلية التربية جامعة أسيوط؟

٢. ما الفروق بين كل من الذكور و الإناث في معدل انتشار الفوبيا الاجتماعية فـــي عينة الدراسة الأساسية ؟

٣. ما العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية و الجوانب اللاتوافقيـــة للمتلازمـــة المعرفية الانتباهية (CAS)و المتمثلة في أبعاد التركيز الانتباهي، والانزعاج و الاجترار الفكري، و سلوكيات و استراتيجيات المسايرة اللاتوافقية ؟

٤. ما العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية وأبعاد المعتقدات ما وراء المعرفيـــة والمتمثلة في عناصر: معتقدات القلق الايجابي، و المعتقدات السلبية المتعلقة بـــالخطورة واللاتحكمية ،و معتقدات الكفاءة المعرفية ،و المعتقدات السلبية العامـــة كتوقـــع الـــسوء والمسئولية عن الناتج السلبي، وأخيراً الوعي الذاتي بالمعرفة؟

٥. ما فاعلية الدراسة في إعداد برنامج علاجي لخفض الفوبيا الاجتماعية لدي عينة من الطلاب المعلمين مرتفعي الفوبيا الاجتماعية خلال فترة التطبيق؟

٦. هل تستمر فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة مـــن الطلاب المعلمين مرتفعي الفوبيا الاجتماعية خلال فترة المتابعة؟

ثالثاً: مصطلحات و تعريفات الدراسة:-

- ما وراء المعرفة"Metacognition":-

ظهر هذا المصطلح على يد(Flavell)و الذي اشتقه من خلال بحثه حول عمليات الذاكرة و عرفه في ذلك الوقت بأنه "معرفة الشخص و درجة إدراكه لعملياته المعرفية و الخصائص المرتبطة بطبيعة المعرفة و المعلومات لديه"(Flavell, 1979, 231). فعلى الفرد أن يراقب استخداماته لعمليات التفكير مراقبه نشطة، و أن ينظمها وفقاً لأهدافه المعرفية(مني الخطيب، ٢٠٠٣، ٣).

- استراتيجيات ما وراء المعرفة"Metacognitive Strategies":-

تعرف (Wells,2009)استراتيجيات ما وراء المعرفة بأنها الاستجابات الموضوعة للتحكم و تبديل التفكير في خدمة التنظيم الذاتي الانفعالي المعرفي؛ فربما تضخم بعض الاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقية أو تكبح أو تغير طبيعة الأنشطة المعرفية التي يستهدف بعضها التقليل من المعتقدات أو الانفعالات السلبية بتبديل جوانب الإدراك - على سبيل المثال- فقد يوجه الفرد انتباهه نحو التهديد كمحاولة لكبح الأفكار المؤلمة أو للتفكير الايجابي أو للتشويش الانفعالي أو غيرها(Wells,2009,6-7). تشتمل تلك الاستراتيجيات على عدة فئات من العمليات المتخصصة المتضمنة لأربعة جوانب متمثلة في أبعاد: ١)الانتباه الجامد المرتكز على الذات؛ و ٢)أساليب التفكير التحفظية"Preservative Thinking Styles" في صورة انزعاج مع اجترار فكري؛ و ٣)استراتيجيات انتباهية لمراقبة التهديد ؛ و أخيراً ٤)سلوكيات المواجهة – أحيانا يطلق عليها السلوكيات الداعية للأمان (Wells,2005,339).

- الفوبيا الاجتماعية"Social Phobia":-

تعتبر الفوبيا الاجتماعية الصورة الإكلينيكية من سمة القلق الاجتماعي؛و تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR)الفوبيا الاجتماعية بأنها خوف واضح و مستمر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي تتضمن إحراجاً أو شعوراً بالإحراج بحيث يؤدي التعرض لتلك المواقف أو الأحداث المهددة إلى استجابة

قلق فوري(DSM-VI,2000,450) في صورة أسلوب لتجنب المواقف التـــي يخـــاف الطفل أو الراشد من التصرف بطريقة تعرضه للإحراج أو السخرية(Kelly & Storch, 2009, 30).

- **النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF Model):-**

يعتبر النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(Self-Regulatory Executive Function Model) أو ما يعرف اختصاراً بــ (S-REF Model) النموذج الرئيـــسي المفسر لنشأة للاضطراب النفسي في النظرية و العلاج ما وراء المعرفي للعديـــد مـــن الاضطرابات الانفعالية (Wells,2009,9-11). يعتمد هذا النموذج على ثلاث مستويات أساسية وهي: المستوى الأول، المعالجة منخفضة المستوي، و يشتمل هذا المستوى على العمليات التلقائية التي تحدث بتدخل ضعيف من الوعي أو بدون وعي على الإطلاق، فقد تؤدي تلك العمليات إلي إنتاج تدخّلات أو تطفلات تصل إلى الوعي بحيث يـــؤدي إلـــى انشغال جميع الموارد الانتباهية؛ والمستوى الثاني: مستوى التقييم الحادث والمتلازمـــة، وهو يمثل النموذج الحادث واقعياً من المعالجة حيث تدخل تلك التطفلات إلى داخل نطاق الوعي مع ،وبالتالي فهو مسئول عن تنظيم و تنفيذ عمليات التقييم و الفعل؛ و المـــستوى الثالث و الأخير ،"المعالجة مرتفعة المستوي ،و يشتمل هذا المستوى علـــى المعلومـــات المخزنة في الذاكرة طويلـــة المـــدى كالمخططـــات و المعتقـــدات(Fisher & Wells 2010,9).يؤكد النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF) على وجود تشابهات "similarities" في المعالجة الإدراكية اللاتكيفية عبر الاضطرابات النفسية المتباينة حيث يفترض بأن جميع الاضطرابات مرتبطة بتنشيط نمط وظيفي مختل من الإدراك يـــدعى "المتلازمة المعرفية/الانتباهية"(Wells,2005,339).

تعتبر المتلازمة المعرفية/الانتباهيـــة(Cognitive Attentional Syndrome)أو ما يعرف اختصاراً (CAS) نتيجة لأثر المكون ما وراء المعرفي على التفكيـــر حيـــث يميز كل من (Wells,Matthew,1994)و(Wells,2009) بين نمطين من المكونات ما وراء المعرفية المحفزة لتلـــك المتلازمـــة همـــا:المكونـــات الإجرائيـــة" Procedural Metacognitions" و المكونـــات التـــصريحية "Declarative Metacognitions" ؛ فتشتمل الأولى على خطة أو برامج للتحكم في التفكيـــر تـــرتبط بالمهـــارات مـــا وراء

المعرفية ،بينما تشتمل الثانية على نماذج افتراضية للمعلومات التي يتم تصنيفها تحت عدد من الفئات للمعتقدات السلبية أو المعتقدات الايجابية. تتكون الأفكار السلبية من المعتقدات المغلوطة عن اللاتحكمية وخطورة الأفكار كالقلق المتلازم و المستمر كمؤشر على وجود عملية خارج السيطرة ،والمعتقدات الايجابية المرتبطة بالحاجة للانخراط في العمليات المنظمة لجوانب المتلازمة المعرفية/الانتباهية(CAS) من عناصر الانزعاج والاجترار الفكري كفكرة" يجب أن أقوم بتحليل مشاعري لاكتشاف طرق لمنع وقوعي فريسة للاكتئاب؛والتهديد الانتباهي كفكرة" لو حاولت ملاحظة كل أعراض مخاطر التقييم السلبي من قبل الآخرين سأكون في مأمن"(Nordahl.2009,153).

رابعاً:أهداف الدراسة:

في ضوء تعيين مشكلة الدراسة يمكن صياغة الهدف الرئيسي الذي تسعى الدراسة لتحقيقه في إعداد برنامج علاجي قائم على الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية لخفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط بينما تتمثل الأهداف الفرعية التي تهدف الدراسة لتحقيقها في النقاط الآتية:--

١- التعرف على نسبة انتشار اضطراب الفوبيا الاجتماعية في عينة الدراسة الأساسية.

٢- التعرف على معدلات انتشار اضطراب الفوبيا الاجتماعية بين كل من الذكور و الإناث في عينة الدراسة الأساسية.

٣- التعرف على العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية و الجوانب اللاتوافقية للمتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS) و المتمثلة في أبعاد الانزعاج و الاجترار الفكري ،و التهديد الانتباهي ،و استراتيجيات المسايرة ما وراء المعرفية.

٤- التعرف على العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية المكون ما وراء المعرفي اللاتوافقي.

٥- التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى العينة العلاجية من الطلاب المعلمين بكلية التربية بعد انتهاء البرنامج.

٦- التحقق من استمرارية أثر البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى العينة العلاجية من الطلاب المعلمين بكلية التربية بعد انتهاء جلسات البرنامج خلال فترة المتابعة.

خامساً:أهمية الدراسة:

يستمد هذا البحث أهميته من الموضوع الأساسي الذي يتعرض له وهو استراتيجيات ما وراء المعرفة حيث يؤدي معرفة وتطبيق تلك الاستراتيجيات العلاجية إلى تصور نموذج أو أطار يمكن الاعتماد عليه في تصميم وإعداد برنامج يسهم في خفض الفوبيا الاجتماعية؛ بالإضافة إلى النقاط التالية فيما يلي:-

١- تساهم هذه الدراسة في إدخال إطار نظري و بحثي جديد للبيئة العربية متمثلاً في النظرية ما وراء المعرفية للاضطراب النفسي ، كما تزودنا الدراسة بنموذج علاجي مستحدث قائم على هذه النظرية و هو ما يعرف بالنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF).

٢- تزودنا هذه الدراسة بدليل عملي للمعنيين بالمراهقين من ذوي الفوبيا الاجتماعية متمثلاً في البرنامج العلاجي مختصر فعّال في علاج هذا اعتماداً على فنيات علاجية مبتكرة في مجال علم النفس العلاجي"Psychotherapy"

٣- تسهم هذه الدراسة في توعية المعلم بخصائص هذا الاضطراب،بالتالي مراعاة ظروف التلاميذ الذين ربما يعانون من بعض خصائص أو سمات هذا الاضطراب مما يجعلهم أكثر قدرة على تحفيز مشاركة هذه الفئة من التلاميذ في الأنشطة الدراسية الجماعية.

٤- تفتح هذه الدراسة المجال أمام الباحثين لدراسة المتغيرات المعرفية والمتغيرات ما وراء المعرفية في اضطرابات القلق بصفة عامة و اضطراب الفوبيا لاجتماعية على وجه الخصوص.

٥- تسهم هذه الدراسة في زيادة فاعلية العملية التعليمية أثناء الحصة الدراسية نتيجة لتخفيف درجة الفوبيا الاجتماعية التي قد يعاني منها بعض المعلمين مما قد يجعلهم أكثر كفاءة و مقدرة على الوفاء بمتطلبات العمل التربوي.

٦- تسهم هذه الدراسة في تخفيف معاناة أسر أفراد المعلمين الذين يعانون من حالة الفوبيا الاجتماعية؛و حتى الاضطرابات الإكلينيكية الأكثر حدة ذات الطبيعة الجامدة المزمنة و الذين قد ينعزلون عن مزاولة أنشطتهم الاجتماعية و المهنية و التفاعلية بشكل عام و ينكبون في اهتمام بالغ منصب على ذواتهم.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

النظرية ما وراء معرفية

- النظرية ما وراء المعرفية في الاضطراب النفسي
- نظرية الوظيفة التنفيذية لتنظيم الذات (S-REF Theory)
- النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF Model)
- دور المعتقدات و الخبرات و الاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقية في الاضطراب النفسي

الفوبيا الاجتماعية

- مفهوم الفوبيا الاجتماعية
- تصنيفات الفوبيا الاجتماعية
- انتشار الفوبيا الاجتماعية
- المحكات التشخيصية للفوبيا الاجتماعية
- أسباب الفوبيا الاجتماعية
- نماذج الفوبيا الاجتماعية
- اتجاه معالجة المعلومات الاجتماعية لدى المراهقين
- التغيرات في قدرات معالجة المعلومات لذوي الفوبيا الاجتماعية
- الارتباط بين الفوبيا الاجتماعية و جوانب العمليات المعرفية
- الارتباط بين الفوبيا الاجتماعية و أبعاد المعتقدات و الاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقية

الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية

- فنيات تجزئة التيقظ الذهني(DM) "Detached Mindfulness Techniques"
- فنية التدريب على الانتباه(ATT) "Attention Training Technique"
- استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه(SAR) "Situational Attentional Refocusing Strategies"

الفصل الثاني

الإطـــار النظـــري للدراسة

أولاً- النظرية ما وراء المعرفية:

تناقش النظرية و النموذج العلاجي ما وراء المعرفي عن مـــدى وجـــود الأفكـــار والمعتقدات السلبية كنتيجة لإستراتيجيات ما وراء معرفية متحكمة فـــي الإدراك حيـــث تفسر هذه النظرية بالإشارة الفوبيا الاجتماعية عن مدى مساهمة ما وراء المعرفة فـــي الثبات الإدراكي و معدل تغيره حيث تعرض النظرية ما وراء المعرفية مـــستوى مـــن الصياغة المرضية و التدخل العلاجي و الذي لا يرتكز على محتوى الأفكار والمعتقدات السلبية المثبت فاعليتها في العلاج المعرفي التقليدي.

١- النظرية ما وراء المعرفية في الاضطراب النفسي:

تحاول النظرية ما وراء المعرفية دراسة مدى وجود ارتباط بين الاضطراب النفسي و نمط غير محدد من التفكير اللاتوافقي بالإمكان تسميته "المتلازمة المعرفية الانتباهية" حيث تتضمن هذه المتلازمة المرضية أعراض:التفكير التكراري اللاتحكمي الواضح في صورة انزعاج و اجترار فكري ؛ و نمط انتباهي خاص بمراقبة التهديدات و مصادرها ؛ و قصور في المصدر الإدراكي و التصرف بسلوكيات غيـــر مجديـــة فـــي تعـــديل المعتقدات السلبية في طبيعتها بسبب اشتمالها على محاولات للتحكم في الأفكـــار.تبـــدو أعراض وعلامات هذه المتلازمة واضحة في صورة لتوليد و إنتاج ادراكات دالة على الاضطرابات النفسية .كما يوجد دليل إضافي داعم على وجود هذه المتلازمة يتمثل في التركيز الانتباهي اللاتحكمي البالغ.يرى ويلز بأن غالبية الإدراكات المعروفة عن هذه المعالجات و العمليات في المتلازمة المعرفية الانتباهية تعتمـــد فـــي طبيعتهـــا علـــى استراتيجيات ما وراء المعرفية فتنشيط و تحفيز تلك المتلازمة يعمل بمثابـــة اســـتجابة للضغوط النفسية الناشئة بسبب أفكار و معتقدات ما وراء المعرفية لاتوافقية مختلة يـــتم التأكيد على انفصال تلك الأفكار عن الأفكار الاعتيادية(Wells, 2007,19).

أ- طبيعة ما وراء المعرفة:

بدأت دراسة طبيعة ما وراء المعرفة في مجال علم نفس النمـــو و بعـــدها انتقلـــت للأفرع الأخرى كعلم النفس كالذاكرة وعلم نفس الشيخوخة و علـــم الـــنفس العـــصبي كدراســـات(Brown, 1978 ;Flavell, 1979 ; Metacalfe & Shimamura,

1994). مؤخراً تم اعتبار ما وراء المعرفة كأساس جوهري لغالبية و جميع الاضطرابات النفسية(Wells & Matthews,1994; Wells,1995,2000). يصف النموذج العلاجي ما وراء المعرفي نطاق عريض من العوامل المرتبطة بالمعرفة والمسئولة عن أي عمليات معرفية متضمنة جوانب التفسير و المراقبة و التحكم في الإدراك. يتضح هذا الأمر في تعريف(Flavel,1979) لما وراء المعرفة بكونها أي معرفة أو عملية إدراكية متضمنة عمليات التقدير و المراقبة و التحكم الإدراكي (Wells,2000,22)؛ يمكن من جانب آخر اعتبارها هيئة ومنظور عام للإدراك متضمناً كل الجوانب الإدراكية مع الارتباط بينها و بين جوانب ما وراء المعرفة لنطاق عريض من الاضطرابات النفسية المتباينة. بالإمكان تقسيم ما وراء المعرفة في هذا الشأن إلى كل من لجوانب: ١)المعرفة ما وراء المعرفية ،و ٢) الإدراك ما وراء المعرفي ، و ٣) الاستراتيجيات ما وراء المعرفية(Wells, 2009, 5).

وفقاً لتعريف (Flavel,1979) لما وراء المعرفة يوجد مكونان رئيسيان لما وراء المعرفة تم الإشارة إليهما هما:المعرفة ما وراء المعرفية " Metacognition Knowledge" و التنظيم ما وراء معرفي "Metacognition Regulation" حيث تتكون المعرفة ما وراء المعرفية من جوانب المعرفة و المعتقدات المتعلقة بالجوانب المؤثرة على مسار و نتائج العمليات المعرفية ،في حين يشير التنظيم ما وراء المعرفي إلى عدد من الوظائف التنفيذية "Executive functions"كالتخطيط و تحديد المصادر(كعمليات الانتباه الانتقائي "Selective Attention" و المراقبة "Monitoring" و التأكد أو الفحص"Checking" و كشف الخطأ و تصويبه" Error Detection & Correction"و الذي ينعكس في عمليات المراقبة و التحكم (Wells & Purdon,1999) (عبد الله عبد الظاهر،٢٠٠٨، ٨٥، ٨٦). بينما يؤكد (محمد إبراهيم،٢٠٠٩) إلى تضمين ما وراء المعرفة عنصري التحكم في الذات " Control of Self"، و التحكم في العمليات"Control of Process" (محمد إبراهيم محمد، ٢٠٠٩ ibrahim.1952.jeeran online@).

ب-المعرفة و المعتقدات ما وراء المعرفية:-

تمثل المعتقدات المحك الرئيسي لتحديد الطريقة التي يستجيب بها الفرد فيها للمعتقدات و الأفكار و الأعراض والانفعالات السلبية.كما تمثل المعتقدات ما وراء المعرفية القوة الدافعة خلف نمط التفكير المسمم و المؤدي إلى معاناة انفعالية مطولة

(Wells,2009,5,6). تشير المعرفة ما وراء المعرفية إلى المعتقدات والنظريات التي يمتلكها الناس عن أساليب تفكيرهم. تتكون هذه المعرفة – على سبيل المثال– من المعتقدات المملوكة عن أنماط محددة من الأفكار بالإضافة إلى المعتقدات المتعلقة بفعالية عمليات الذاكرة و التركيز و الانتباه. قد يعتقد الفرد أن بعض الأفكار ضارة كما أنه من المحتمل لرجل الدين أن يعتقد بأن معايشة الوساوس الشيطانية معصية و تستلزم العقاب من الخالق. تعتبر هذه أمثلة من المعتقدات ما وراء المعرفية عن أهمية تلك الأفكار فيتضمن امتلاك مثل هذه الأفكار تضمينات عن كيفية استجابة الشخص لتلك الأفكار وتنظيم الشخص لأفكاره(Wells,2000,25)؛(Wells, 2009,5).

(١)أنماط المعرفة ما وراء المعرفية

طبقاً للنظرية ما وراء المعرفية للاضطراب النفسي يوجد نمطان من المعرفة ما وراء المعرفية أحدهما تصريحية"Declarative" ،و الأخرى ضمنية إجرائية" "Procedural (Wells & Matthews,1994);(Wells,2000)):النمط الأول "المعرفة التصريحية" ،وهي التي يمكن التعبير عنها لفظياً؛تتضمن أمثلة هذا النوع من المعتقدات "يمكن أن يتسبب انزعاجي بإصابتي بأزمة قلبية"، "امتلاكي لبعض الأفكار غير المرغوبة والكريهة يعني أنني مختل عقلياً"، "لو ركزت على التهديد سأتجنب الضرر"؛.بينما النمط الثاني "المعرفة الضمنية الإجرائية "، و هي التي لا يمكن التعبير عنها بشكل لفظي ؛ أي هي المعرفة التي بالإمكان النظر إليها كقواعد و برامج موجهة لعمليات التفكير كعناصر: ١)توزيع الانتباه و٢) البحث في الذاكرة و٣) استخدام الاستدلالات في إصدار الأحكام. بالإمكان تفسير الخطة أو برنامج المعالجة بأسلوب غير مباشر عن طريق استراتيجيات للتقييم كالتوصيف ما وراء المعرفي "Metacognitive Profiling" (Wells & Matthews, 1994). تتضمن المعرفة الضمنية الإجرائية بالتالي مهارات التفكير التي يحوزها الفرد(Wells,2009,5) .(Wells,2000,25)

تعتبر المعتقدات في البّعد ما وراء المعرفي مهمة في الاضطراب النفسي فعادة ما يتم تضمين المعتقدات ما وراء المعرفية في عمليات توجيه المحتوى و طبيعة الإدراك المعزز للاضطراب الانفعالي. لا يمكن اعتبار الأفكار كارتباطات صريحة و لكن خطط لتوجيه المعالجة. تعتبر الخطط اللاتوافقة مصدراً للأعراض المرضية المحفزة لعمليات المعالجة المضادة وكذلك للسلوكيات المعززة للاضطراب النفسي (Wells,2000,32).

(٢)أبعاد المحتوى ما وراء المعرفي

يوجد تصنيف آخر أكثر اتساعاً للمحتوى ما وراء المعرفي إضافة إلى هذين النمطين من أنماط المعرفة ما وراء المعرفية يتم استهدافه في النموذج العلاجي ما وراء المعرفي حيث تظهر الاضطرابات الانفعالية بعض الخصوصية فيما يتعلق بالمحتوى ضمن هذه الأبعاد. تتجسد الأبعاد العريضة في نمطين رئيسيين أولهما معتقدات القلق الايجابي ما وراء المعرفية و هي المعتقدات التي تتعلق بفوائد و مميزات الانخراط في أنشطة معرفية و معالجة معلوماتية بحيث تشكل المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) – المسئولة عن نشأة و استمرار المعاناة الانفعالية في ضوء النظرية ما وراء المعرفية؛ وتتضمن أمثلة هذه المعتقدات "من المفيد أن نركز انتباهنا على التهديد "،و "يمكنني الانزعاج بخصوص المستقبل يعني بكوني قادراً على تجنب الخطر". يتمثل البُعد الآخر من أبعاد المحتوى ما وراء المعرفي في المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية المتعلقة باللاتحكمية والخطورة الفكرية بمعنى أهمية و خطورة الأفكار و الخبرات المعرفية؛ وتتضمن أمثلة هذا البُعد من معتقدات مثل "لا أمتلك أي سيطرة على أفكاري"، "بإمكان عقلي أن يتلف عن طريق الانزعاج"، "لو امتلكت أفكار عنيفة سأتصرف تجاههم رغماً عن إرادتي"، "عدم القدرة على تذكر الأسماء تعتبر علامة على وجود ورم في المخ"(Wells,2009,4).

بالإمكان تصنيف المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية في خمسة أبعاد: البُعد الأول، القلق الايجابي "Positive Worry"، و هو يمثل الجانب الايجابي للقلق بمعنى الافتراض بفائدة و جدوى بعض الاجترارات الفكرية المتلازمة في حل المشكلات ،فقد تحفز و تدعم بعض الأفكار أنماط تكرارية جامدة. أكدت العديد من الدراسات بتوافق مثل هذه المعتقدات مع الاضطرابات النفسية.فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة (Watkins and Moulds,2005) وجود تزايد في بعض معتقدات القلق الايجابي لبعض الأفراد ذوى الميول الاكتئابية أكثر احتمالية عن أقرانهم لاعتقادهم بأن الانكباب المستفيض بخصوص انفعالاتهم و مشكلاتهم السالفة أكثر قيمة في المستقبل، فيشعر هؤلاء الأشخاص بأن مثل هذه التداولات و الاجترارات الفكرية تمنع وقوع مشكلات مستقبلية بالإضافة إلى بالبصيرة لفهم للقضايا الأساسية التي يعايشها. بطريقة مشابهة توضح أدبيات البحث بأن أية تداخلات قد تعوق المعالجات التكرارية و الاجترارية ربما تحفز حالة نفسية لاتوافقية خاصة بالتالي يمكن اعتبار عامل اللاتأكيدية "التغذية الراجعة

غير المعززة" أقل احتمالية كي يحفز الحالة الاكتئابية- على سبيل المثال- عندما تصبح الغرفة مزعجة و مليئة بالضوضاء- التشويش (Silva & Berhm,2001). فربما تعارض البيئات المزعجة حدوث تأملات تكرارية محفزة لمزيد من الآثار والمضاعفات للمعلومات اللاتصويبية و التغذية الراجعة السلبية؛ والبُعد الثاني ، اللاتحكمية والخطورة الفكرية " Uncontrollability & Danger of Thoughts " ، و هو يتعلق بالمدى الذي يشعر فيه الأفراد بأن الأفكار و القلاقل السلبية تعتبر لاتحكمية أو خطيرة .على سبيل المثال أكد كل من(Wells & Cartwright-Hatton,2004) بشعور بعض الأفراد بأن قلاقلهم و مشاعرهم يستحيل التحكم بها؛بالتالي يؤكد هذا العامل على توافق كبير مع الصعوبات الانفعالية ؛و البُعد الثالث ، الكفاءة المعرفية" Cognitive Competence" ، و يتعلق بمقدار ثقة الأفراد في عمليات المعالجة المعلوماتية - على الأخص عمليات الانتباه والذاكرة،فعندما تتشتت الثقة المعرفية قد يوجه الأفراد انتباههم على نحو غير ملائم تجاه ذواتهم فيما يعرف بالانتباه المنصب على الذات (-Self focused Attention)؛ و البُعد الرابع ،الحاجة للتحكم في الأفكار" Need to Control Thought"، و يتعلق بالاتجاه الذي يمتلكه البعض في الشعور بالحاجة للسيطرة أو كبح أي مشاعر أو أفكار سلبية فالأفراد الذين يتبنون و يتصرفون وفقاً لهذا المعتقد يكافحون لكبح و منع المعتقدات أو الأفكار سلبية التوجه.يظهر هذا الاتجاه مبالغة تجاه الإدراكات غير السارة الذي تعاود في الادراكات غير السارة-على وجه الخصوص- يميل هذا الإدراك لدى بعض الأفراد عندما يتم إيقافه و كبحة فورياً المعاودة في الظهور مرة بعد أخرى بشكل أكثر شده عن ذي قبل (Borton, Markovitz & Dieterich, 2005؛و البُعد الخامس ، الوعي الذاتي المعرفي "-Cognitive Self Consciousness" ،و هو يتعلق بافتراض ملاحظة الأفراد لأفكارهم الذاتية التي تضخم أيضاً درجة ميل بعض الأفراد نحو للتمركز حول ذواتهم و الذي يثير سلسلة متصلة من العواقب الانفعالية، فربما يصبح الأفراد - على سبيل المثال - أكثر حساسية و مبالغة لقلاقلهم التي ربما تبدل الانزعاجات الخفيفة نحو رعب حاد (Levitt, Brown, Orselloio & Barlow,2004) (النظرية الوظيفية التنفيذية لتنظيم الذات psych-it.com online@٢٠١٢،).

هناك أيضاً اهتمام متزايد للبحث في الارتباط ما بين الأفكار أو ما يعرف "بالوعي ما وراء المعرفي" على الأخص في اضطرابات الاكتئاب والقلق. يمكن إدراك دور

الوعي ما وراء المعرفي في اضطراب الاكتئاب حيث تم افتراض أن القدرة على إدراك المرضى للأفكار و الانفعالات عن طريق "اللاتمركز" ضد عوامل الانتكاس المرضى"Relapse" يكون بعرض المرضى على نمط مختلف للتفاعل مع أفكارهم ومشاعرهم كما في دراستي(Segal,Williams,Teasdale,2002); (Teasdale et al., 2002) (Wells,2000,28). إضافة إلى افتراض أن القدرة على التحول للهيئة ما وراء المعرفية يتوسط إحداث تأثيرات العلاج المعرفي في انتكاس اكتئابي Corcoran (& Segal, 2008,33-44).

ب-الخبرات ما وراء المعرفية :-

تعتبر الخبرات ما وراء المعرفية التقديرات الظرفية التي يحوزها الأفراد عن حالتهم العقلية. فتترابط تلك الخبرات"التقديرات الظرفية"في جوانب عديدة تتعلق بالتقييمات والأحكام ما وراء المعرفية السلبية للعديد من الاضطرابات الانفعالية كالوسواس القهري والقلق المعمم والفوبيا الاجتماعية والفزع وقلق ما بعد الصدمة والاكتئاب. فعلى سبيل المثال: يمكن اعتبار التفسيرات السلبية التي يقوم بها المريض الوسواسي بناءاً على أفكاره التطفلية كخبرات ما وراء المعرفية. كما يعتبر الانزعاج المرتبط بالانزعاج أو ما يعرف (بما وراء الانزعاج) "Meta-Worry" أيضاً خاصية لاضطرابي القلق المعمم "GAD" والفوبيا الاجتماعية"Social Phobia" لنموذج الخبرة ما وراء المعرفية. كما يعتبر سوء التفسير للأحداث العقلية التي يقوم بها مرضى اضطراب الفزع" Panic Disorder" باعتقادهم بأنهم على وشك فقدان السيطرة على سلوكهم وتفكيرهم مثال آخر للخبرات ما وراء المعرفية(26, Wells,2000).

تتضمن أيضاً تلك الخبرات المشاعر الذاتية لكل فرد فتعتبر الحالة الشعورية ما وراء المعرفية الاعتيادية والمألوفة هي ما يعرف "بتأثير طرف اللسان"(Tip of The Tongue Effect) وفيه يمتلك الأفراد أحساس قوى بأن عنصر المعلومات مخزن في الذاكرة على الرغم من عدم استعادته في الوقت الحالي. تعتبر هذه الخبرات متشابهة كالإحساس بالمعرفة أو أحكام التعلم التي لم يتم اختبارها أو تجربتها على وراء الذاكرة كدراستي (Nelson & Dunlosky,1991); (Nelson et al,1984) حيث أكدت كلتا الدراستان على تأثير الخبرات الذاتية على السلوك كمجهودات الاستعادة واستراتيجيات التعلم (Wells,2009,7).

تعتمد الطبيعة العلاجية للنموذج ما وراء المعرفي على مساهمة التقديرات السلبية للمشاعر والأفكار أو ما يعرف "بالخبرات ما وراء المعرفية" في التهديد المدرك وتحفيز محاولات التحكم في الفكر،كما يمكن استخدام تلك الحالات الحسية والتقديرات الذاتية كمعلومات مؤثرة في إصدار الأحكام (Wells,2000,25,26) (Wells,2009,7).

ج-الاستراتيجيات ما وراء المعرفية"استراتيجيات التحكم ما وراء المعرفية:-

تمثل الاستراتيجيات ما وراء المعرفية الاستجابات الموضوعة للتحكم و تبديل التفكير في خدمة التنظيم الذاتي الانفعالي المعرفي حيث تضخم و تكبح و تغير الاستراتيجيات المختارة من طبيعة الأنشطة المعرفية بحيث يستهدف بعضها تقليل المعتقدات أو الانفعالات السلبية بتعديل جوانب الإدراك- فعلى سبيل المثال- ربما يوجه الفرد انتباهه تجاه التهديد كمحاولة لكبح الأفكار المؤلمة أو التفكير الايجابي بغرض التشويش على الانفعال السلبي(Wells,2000,26,27). تتضمن أيضاً الاستراتيجيات ما وراء المعرفية الاستجابات الهادفة إلى تركيز تدفق المعلومات من الحالة الموضوعية كعمليات المراقبة أو تتضمن استراتيجيات هادفة لانتهاء أو تعديل معالجة الحالة الموضوعية.

تعتبر الخبرة الذاتية للفرد العنصر الوحيد الذي يعتبر خارج السيطرة. و تتكون تلك الخبرة عادة من محاولات حيلية للتحكم في طبيعة التفكير بحيث تؤدي تلك المحاولات إلى نتائج عكسية على المدى الطويل. تشتمل تلك المحاولات على الكبح الفكري أو تحليل الخبرات لإيجاد إجابات أو توقع ما المحتمل حدوثه لتجنب المشكلات في المستقبل. في اضطرابات القلق غالباً ما يفسر تكرار توارد الأفكار المزعجة واستراتيجياتها المتضمنة سلبياً كمحاولات للكبح الفكري، ففي اضطرابات كالوساوس المرضية والقلق المعمم تتكون الإستراتيجية من التركيز على محفزات سلبية خاصة مع الانزعاج بخصوصها.تعتمد تلك الاستراتيجيات على المعرفة ما وراء المعرفية والنماذج الداخلية المتعلقة باهتمامات الأفراد لكيفية عمل ادراكاتهم وانفعالاتهم. تعتبر المعرفة "المعتقدات" والخبرات والاستراتيجيات ما وراء المعرفية بمثابة كيانات مستقلة ولكنها تتفاعل لتدعيم و تعزيز الاضطراب النفسي(Wells,2009,7).

مما سبق يخلص الباحث إلى اعتبار المشاعر مصدر للمعلومات المؤثرة في الأحكام والتقديرات بحيث تؤدي إلى انحراف في عمليات الإدراك أثناء المعالجة المعلوماتية؛فقد تحفز معالجات الحالات الشعورية المتباينة حدوث تغيرات سواء في التقييمات السلبية أو

الإدراك بأكمله. يبدو هنا الاهتمام بتأثيرات التكامل بين المعتقدات والاستراتيجيات مـــا وراء المعرفية في نموذج معرفي للتنظيم الذاتي والانفعال يكون أساساً لتطوير عمليات التعديل الإدراكي.

من ثم يتطلب لجميع عمليات التفكير وجود مدخل علاجي متعدد المستويات يتضمن خليط من عمليات المراقبة و التحكم بحيث يحدد هذا المدخل بدايـــة و إيقـــاف و تغيـــر المعتقد الواقع نتيجة لعدم تطرق المداخل المعرفية العلاجية التقليدية الحالية لتحليل نطاق المكونات المشكلة للتفكير. رأينا فيما تم عرضه سلفاً أن ما وراء المعرفة تتـــشكل مـــن المعرفة الواعية من ادراكات الفرد و خبراته ما وراء المعرفية واستراتيجيات الـــتحكم لديه بالإضافة إلى المعرفة الضمنية غير الواعية التي توجه التنفيذ المركزي في نـــشاط عقلي حادث، و فيما يلي سيتم التحدث تفصيلياً النظرية ما وراء المعرفية للاضطرابات الانفعالية.

تصف النظرية مـــاوراء المعرفيـــة (Wells, 2000) ;(Wells & Matthews, 1994) العوامل النوعية المعرفية و ما وراء المعرفية المندرجة تحت نشوء و تطـــور وتدعيم الاضطراب النفسي (Wells, 2007, 18-19). لقد كانـــت هنـــاك محـــاولات محدودة لصياغة آليات التنظيم الذاتي بصورة تتضمن تحويل هذه المعالجات إلى عمليات فعالة لإعادة التقييم الإدراكي ولكن تزيد هذه المحاولات من الصعوبات نتيجة لـــضعف مجال البحث في اطر المعالجة المعلوماتية في مجال علم النفس العلاجي على الأخـــص في تفسيرات منطقية لاضطرابات انفعالية متباينة تستهدف دور المعتقدات فـــي توجيـــه المعالجة المعلوماتية. بالإمكان اعتبار نظريات تفسير الاضطراب النفـــسي و البـــرامج العلاجية القائمة عليها أكثر بساطة عن تنظيم المعالجة الانفعالية المساهمة فـــي تـــدعيم الاضطرابات النفسية.لقد قـــام(Wells,2000;Wells & Matthews, 1996 ;1994) بتأكيد أهمية التحكم المعرفي الانتباهي في تزمن الاضطراب النفسي كما فـــي عمليـــات الاختيار ،و التحكم ،و إتاحة الموارد الانتباهية المؤثرة في المعالجة الانفعالية ،وأخيـــراً التغير الإدراكي (Wells,2007,135).

في عدد من الدراسات الحديثة قام (Leahy,2002,2003) برسم تركيبات بنائية ما وراء المعرفية للخطط الانفعالية باعتبارها معتقدات يـــدركها الفـــرد عـــن اســـتمرارية وتحكمية الخصائص المرضية للانفعالات حيث تم إدراج النموذج الـــوظيفي التنفيـــذي

لتنظيم الذات لـــ/ويلز و ماتثيوس(S-REF) لبيان الارتباط ما بين الاضطراب الانفعالي وما وراء المعرفة .

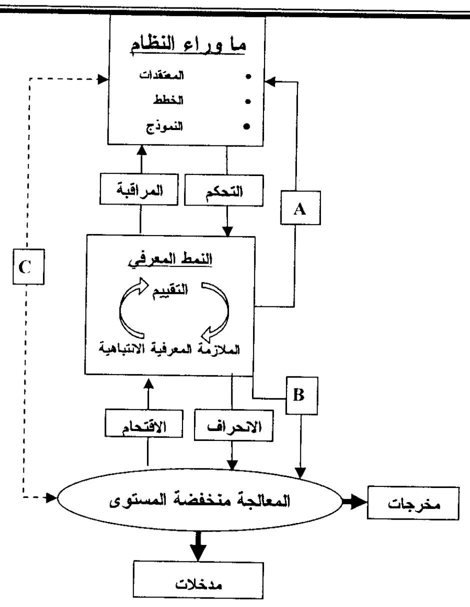
٢-نظرية الوظيفة التنفيذية لتنظيم الذات (S-REF Theory):-

وفقاً لنظرية الوظيفة التنفيذية لتنظيم الذات (S-REF Theory)- و هي الأســـاس النظري للعلاج ما وراء المعرفي للاضطرابات النفسية - ينشأ نمط إشكالي من التفكير مسئول عن الاضطراب النفسي يمكن تسميته المتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS)؛عند تنشيط هذه المتلازمة فإنها تعمل على إيقاف و حجز الشخص في اختلال نفسي تكراري "حلزوني".تتكون هذه المتلازمة من عمليات التفكير التحفظي في صورة انزعاج/اجترار فكري واستراتيجيات انتباهية لمراقبة التهديد مع فقـــدان الفعاليـــة والكفـــاءة المعرفيـــة وسلوكيات الأمان التي تفشل في تزويدهم بخبرات تعليم تصحيحية مع مـــساهمتها فـــي مواقف الفشل للتنظيم الذاتي.يعتبر الانتباه البالغ غير المرن المنصب على الذات بمثابة مؤشر على تفعيل هذه المتلازمة اللاتوافقية(Wells,2007,135).

بالتالي يتضمن البرنامج العلاجي المقترح بعض استراتيجيات المعالجـــة الانتباهيـــة المصممة لمعارضة التركيز الذاتي البالغ ،مع إيقاف الانزعاج/الاجترار الفكري ،وتدعيم تحكم تنفيذي مرتفع من المعالجة بزيادة تيار المعلومـــات التـــصحيحية الحديثـــة أثنـــاء المعالجة. كما تزودنا فنيات التدريب الانتباهي بوسيلة لتصميم برامج بديلة ذات فعاليـــة مع وعي ما وراء معرفي مجزأ يمكن استدعاؤه لتوجيه الإدراك بطريقة أكثر توافقيـــة حتى تحت ظروف الضغط العصبي (Wells,2007,136).

٣-النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF Model)":-

يطلق هذا المسمى على النموذج الرئيسي المكون للاضطراب النفسي، وتمت الإشارة إليه بداية في دراســـة-The Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF);.لقد سمي بهذا المسمى لعرضه قائمة من العوامل المعرفية وكذلك العوامل مـــا وراء المعرفية المعززة للاضطراب الانفعالي في عمليات التحكم الفكري بأسلوب متدرج من أعلى إلى أسفل ؛كما هو موضح في الشكل التالي(Wells, 2009,9-10).



النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات

(Wells.2009) "S-REF Model"

"The S-REF Model of Psychological Disorder with Metacognition. Wells and Matthews (1996) pages (868-870)

يفترض النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF) بوجود محاولات واستراتيجيات غير واعية تستهدف تعديل المحتوى المعرفي المختل للمريض عن طريق تسهيل اكتساب المعرفة التصويبية البديلة. لتحقيق هذا الهدف يستلزم اكتشاف و فهم طبيعة المعرفة و العمليات التنظيمية للذات المرتبطة بتدعيم الاضطراب. يفترض النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات أن المعتقدات في الاضطراب النفسي تعتبر عنصر متعدد الأبعاد: يمكننا اعتبارها في جانب بمثابة معرفة تصريحية عن الذات والعالم المحيط من جانب ومن جانب آخر يمكن اعتبارها الماوراء معرفيات التي توجه المعالجة. يتضمن العنصر الأخير معتقدات مثل"يساعدني الانزعاج على المسايرة" ،"امتلاكي لأفكار سيئة يساعد على حدوث الأشياء الضارة"و بالإمكان تقسيم المعرفة

والمعتقدات ما وراء معرفة إلى مكونين أساسيين:المكون التـصريحي "declarative" والمكون الإجرائي(الضمني) "procedural" (Wells, 2000,95).

(١)تحليل النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF):

يُظهر النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات مدى مساهمة ما وراء المعرفـة فـي الثبات الإدراكي ومعدل تغيره. تشتمل العوامل ما وراء المعرفية المعتقدات عن المعرفة والانفعال و السلوك بحيث تحفز وتعزز الاضطرابات النفـسية المتباينـة. تثيـر تلـك المعتقدات والعوامل ما وراء المعرفية على وجه الخصوص الإفراد نحو اسـتراتيجيات المسايرة التي قد تكون لا توافقية ومتعارضة مع توازن رفـاهيتهم النفـسية(النظريـة الوظيفية التنفيذية لتنظيم الذات ،psych-it.com online@٢٠١٢).

في هذا النموذج متعدد الأنظمة (Multi-System) يتم تمثيل المعالجـة المعرفيـة الاعتيادية لكي تتوافق العوامل المعرفية المتباينة عبر ثلاث مستويات متفاعلة هي: أولاً، المعالجة التلقائية الانعكاسية(Low-Level Processing)،و ثانياً، المعالجـة الواعيـة الحادثة للأفكار و السلوكيات؛ أو ما يسمى الأسلوب المعرفـي (Cognitive Style)، ثالثاً،المكتبة ما وراء المعرفية"Library" المشتملة على عناصر المعرفـة والمعتقـدات ذات الطبيعة ما وراء المعرفية المخزنة في الذاكرة طويلة المدى(Wells,2000,32).

يدعم هذا البناء ثلاثي المستويات نطاق كامل من عمليات المعالجة المتاحـة للفـرد بأكثر من هيئة أو أسلوب. يشير مفهوم (الهيئة) "Mode" إلى المنظور الـذي يعـايش الفرد فيه أفكاره و معتقداته. يمكن تضمين هيئتـين فـي هـذا الـصدد همـا "الهيئـة الموضوعية"و "الهيئة ما وراء المعرفية"؛ في الهيئـة الأولـي يـتم إدراك الأفكـار و الادراكات كتمثيلات دقيقة محكمة ومقيمة للأحداث (الهيئة الافتراضية للتنشيط الإدراكي التي عادة ما يتم تفعيلها في الظروف اليومية الاعتيادية)؛بينما في الهيئة الثانية فننـأى بالفرد بعيداً عن الأفكار و الادراكات الموضوعية القابلة للتقييم التي لا تعتبر تمثـيلات مباشرة للواقع. هناك مفهوم آخر يسمى"الشكل" "Configuration" ،و هو يـشير إلـى نمط العمليات الإدراكية المرتبطة بصورة الاضطراب النفسي التي يتم تنشيطها بحيـث يتم ارتباطها بالاضطراب النفسي في صورة النموذج الوظيفي لتنظيم الـذات. يـساهم الشكل كوظيفة تنفيذية موجهة بالأهداف لتقليل التباينات الذاتية بين تمثيل الحالة الحادثة للذات فعلياً والحالة المأمول حدوثها. يؤكد الشكل التنظيمي على الانتباه المنصب علـى

الذات و تقييمات الدلالة الذاتية للمحفزات الخارجية و الادراكات المتعلقة بحالة الجسم وبالتالي قبول هذه التقديرات باعتبارها واقعية(Wells,2000,32).

يتضمن النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات ارتباط ما بين الاضطراب النفسي ومتلازمة من الاستجابات المعرفية الانتباهية يمكن تحديدها في عمليات: الانتباه المرتكز على الذات، والمعالجة المعلوماتية البالغة الحادثة لمعتقدات سلبية،والانزعاج/الاجترار الفكري،ومراقبة التهديدات،وتنفيذ أنماط مسايرة خاصة تتداخل مع العمليات التصويبية. من المنظور العلاجي تتداخل عمليات المعالجة وأنشطة المسايرة مع حالات القلق أثناء القيام بالتعديلات الإدراكية اللازمة لاستعادة الفرد من حالة الاضطراب إلى التوازن الانفعالي،على الأخص فيما يتعلق بالأنشطة الإجرائية المرتبطة بالقلق النشط أوالتأمل المتكرر والذي يميل نحو التداخل مع العمليات الداخلية للنظام التنفيذي كأولويات تحويل المعالجة.في العادة ينخرط الأفراد المكتئبين باستراتيجيات مسايرة انتباهية لمراقبة التهديدات تتطابق مع اهتمامات الفرد بحيث تبقيه في تلك المعالجات العقلية المختلة (Wells ,2000, 30-32).

لتقييم المكون ما وراء المعرفي للنموذج الوظيفي التنفيذي(S-REF) من المجدي توضيح بعض الاعتبارات الأساسية للعلاقة بين ما وراء المعرفة و الاضطراب. فقد أشار ويلز(Wells,2000,33) لعدد من الاشتراطات الأساسية لمحتوى البيانات التجريبية تتلخص في النقاط التالية:

(١) وجود ارتباط ايجابي بين المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالتنظيم الذاتي والاضطراب الانفعالي بطريقة جبرية وعلى الأخص الارتباط الايجابي بين كل من معتقدات القلق الايجابي و المعتقدات السلبية عن الإدراك(اللاتحكمية و العواقب السلبية للأفكار) مع مقاييس الاضطراب الانفعالي؛ وتأثير الاستجابات الانفعالية السلبية على معالجة المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية.

(٢) وجود ارتباط ايجابي بين المعتقدات ما وراء المعرفية و أشكال و أنماط المسايرة المواجهة المتباينة في الاضطراب الانفعالي.

(٣) وجود ارتباط ايجابي بين الاضطراب الانفعالي والميل نحو استخدام استراتيجيات ما وراء المعرفية للتحكم الفكري. بالإمكان تمثيلها بالتفكير السلبي التحفظي المتعلق بالذات كالقلق. من المفترض بالتالي وجود ارتباطات بين الفروق الفردية في

استخدام الانزعاج وغيره من الاستراتيجيات السلبية المتعلقة بالذات و الاستعداد للاضطراب النفسي.

(٤) وجود تأثيرات ضارة على الإدراك والتنظيم الذاتي كتنشيط أساليب الوقاية السلبية كإستراتيجية مواجهة لجوانب الانزعاج و الاجترار الفكري.

(٥) وجود ارتباط بين القلق الانفعالي وحالات الانكباب على المعالجة الذاتية السلبية؛ يفترض بالتالي أظهار الأفراد أحكاماً ما وراء المعرفية عن عمليات الكفاءة الإدراكية.

لقد أثبت الدليل التجريبي تضمين المحتوى ما وراء المعرفي المرتبط بالاضطراب الانفعالي لنطاق عريض من عناصر: معتقدات القلق الايجابي و السلبي، ومعتقدات وأحكام الكفاءة المعرفية، و الميل نحو التركيز على عمليات المراقبة و التفكير. بالإمكان تعيين ارتباط الاستراتيجيات ما وراء المعرفية و على الأخص استراتيجيات القلق والعقاب بالضعف تجاه الضغوط النفسية. يظهر هذا الأمر بوضوح في المرضى من ذوى اضطراب الوسواس القهري و اضطراب الاكتئاب و قلق ما بعد الصدمة واضطراب الفوبيا الاجتماعية موضوع البحث الحالي(Wells,2000,54).

(٢)المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS):

تمتلك الأنماط التفكيرية للأفراد المضطربين نفسياً طبيعة تأملية متكررة ترتكز على موضوعات ذاتية يصعب السيطرة عليها.تعتبر هذه الطبيعة مؤشر على وجود ما يعرف بالمتلازمة المعرفية الانتباهية المميزة للاضطراب الانفعالي" Cognitive Attentional Syndrome" في صورة انتباه بالغ مرتكز على الذات؛كما تتكون هذه المتلازمة من المعالجة المفاهيمية البالغة في صورة انزعاج/اجترار فكري كسلسلة من سلاسل طويلة من الأفكار اللفظية السائدة والتي يحاول عندها الشخص أجابه أسئلة من نوع "ماذا لو؟" أو محاولات للإجابة عن أسئلة تتعلق بإجابة عن معاني الإحداث الجارية (مثل:"لماذا أشعر بهذا الأمر؟") (Wells,2009,12).

تنشأ المتلازمة المعرفية الانتباهية من المعرفة و المعتقدات ذات الطبيعة ما وراء المعرفية وليس في الموضوعية كباقي المعتقدات سواء المتعلقة بالذات أو العالم المحيط.نختص في هذا الصدد بنمطين من المعتقدات:أولهما المعتقدات الايجابية عن الحاجة للانخراط في جوانب المتلازمة المعرفية الانتباهية (مثل:"لو انزعجت من الأعراض التي تتملكني سوف لا يفوتني أي شيء مهم")،و ثانيهما المعتقدات السلبية عن

اللاتحكمية و الخطورة الفكرية و المشاعر(مثل"قد يفقدني الانزعاج البالغ عقلي")(Wells,2009,10).

يتوافق هذا المقترح مع الداعم لانخفاض الحدة الانفعالية عندما ينأى الأفراد بأنفسهم بعيداً عن السياقات والأحداث المزعجة عندما يدرك الأفراد بحدوث موقف مهدد ما من منظور شخص آخر. كأن يتسأل الفرد عن لماذا تظل بعض الأحداث الاجتماعية المخيفة مطروحة للمناقشة في حين يتم التقليل من شدة وحدة الانفعالات السلبية. تنتقل هذه التدريبات من عمليات تركيز الانتباه نحو مفاهيم أكثر تجريداً بحيث تخفف من شدة الانفعالات السلبية.توضح مشكلات الوعي الذاتي أيضاً الفوائد التي تنشأ عندما يتأمل الأفراد قيمهم الجوهرية و بخاصة في اضطراب الفوبيا الاجتماعية موضوع الدراسة الحالية.

(٣)مكونات المتلازمة المعرفية الانتباهية:

تتكون المتلازمة المعرفية الانتباهية من نمط التفكير التحفظي" Preservative Thinking Style" الذي يأخذ صورة الانزعاج و الاجترار الفكري، والتركيز الانتباهي على التهديد و سلوكيات موجهة غير المجدية (مثل:"استراتيجيات كبح الفكر و التجنب أو تناول عقاقير و أدوية"). يتسبب هذا النمط الإشكالي للعديد من النتائج والعواقب المعززة للاضطراب الانفعالي مع تعزيز الأفكار السلبية بشكل عام بحيث تدعم المتلازمة المعرفية الانتباهية و أحساس الفرد بالتهديد(Wells,2009,10).

بالإضافة إلى المكون المفاهيمي"Conceptual" تشتمل المتلازمة المعرفية الانتباهية على استراتيجيه لاتوافقية تتمثل في انحراف انتباهي"Attentional" في صورة تركيز الانتباه على محفزات التهديد الانتباهي (Wells & Matthews,1994)؛ يطلق على هذه الإستراتيجية (مراقبة التهديد)"Threat Monitoring".(فعلى سبيل المثال:"في اضطراب قلق ما بعد الصدمة يعمل الشخص المصدوم بخبرة سابقة من عملية سرقة بالإكراه على فحص علامات الخطر المحتمل في البيئة المحيطة؛ وهكذا الحال مع اضطراب الفوبيا الاجتماعية حيث يفسر المضطرب اجتماعياً نظرات وتقديرات الناس له بمظهر سلبي من منظور المراقب")(Wells,2009,12).

يرتكز عنصر مراقبة التهديد "Threat-Monitoring" في المتلازمة المعرفية الانتباهية على مصادر التهديد المحتملة بحيث تمثل مشكلة نظراً لأنها:أولاً، تعظم الإحساس بالخطر الذاتي بحيث تزيد و تعزز من التنشيط الانفعالي؛ وثانياً، تقوى خطط

وبرامج توجيه الإدراك الذي يقود الفرد ليصبح أكثر حساسية ككاشف للتهديد؛ و ثالثاً، في حالات مثل اضطراب قلق ما بعد الصدمة (PSTD) يستوجب على الإدراك معادلة البيئة الخالية من التهديدات ؛و أخيراً ، يميل عنصر مراقبة التهديد نحو شبكات معالجة الخوف المسئولة عن توليد تطفلات للمحفزات داخل الوعي وبالتالي تزيد من مراقبة التهديد من الخبرات العقلية المزعجة (Wells,2009,15).

تعتبر استراتيجيات التحكم في الفكر ككبح الأفكار استراتيجيات إشكالية نظراً لتداخلها مع المعالجة الانفعالية الاعتيادية كالتطبيع الانفعالي بالتعرض المتكرر للأفكار. يعتبر الكبح الفكري إشكالي في كثير من الأحيان نظراً لعدم فعاليته الدائمة في إيقاف أو التخلص من الأفكار غير المرغوبة. في كل حالة انفعالية يحدث إصرار في معالجة التهديد عن طريق بعض استراتيجيات التنظيم من بعض الاستراتيجيات التهكمية بسبب اعتمادها على عمليات متنافرة (Wells,2009,15). تعتبر بعض سلوكيات المسايرة كالتجنب و تنظيم الانفعال و الإدراك إشكالية نظراً لأنها تحرم الفرد من فرصة اكتشاف كونه الشخص الذي يستطيع المواجهة في المواقف الانفعالية. يتم تدعيم الإحساس بمنظور الخطر نظراً لأن بعض سلوكيات المواجهة قد تمنع الفرد من اختبار مصداقية المعتقدات و الأفكار السلبية(Wells, 2009, 15, 16).

تتضمن استراتيجيات المسايرة ما وراء المعرفية عمليات التحكم في الأفكار على المدى الطويل بحيث تثير المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية و الصعوبات المؤثرة في جودة الحياة النفسية. تعتبر المعرفة ما وراء المعرفية –المعرفة المتعلقة بالمعرفة– عنصر متضمن في عمليات التحكم الفكري بحيث يمكن التعبير عنه لفظياً كالمعتقدات المؤثرة على اختيار وتنفيذ استراتيجيات المسايرة. كما يتضمن هذا العنصر الوعي بجدوى و فائدة الاجترار الفكري وعمليات تحسين و تعميق الفهم و الوعي بالأشياء كفكرة ("لو انزعجت سأكون مستعداً"). تعتبر إستراتيجية التيقظ الانتباهي للخطر أسلوب لكي أظل آمنا كفكرة ("الكشف عن الأعراض يعني إمكانية إيجاد المساعدة في حينها") وفكرة أنه من المرغوب التحكم في أفكار محددة("يجب أن أتحكم في أفكاري و إلا ساجن") ، كما أنها تتكون من المعتقدات السلبية عن خطورة وضرر الأفكار مثل فكرة("تمتلك الأفكار السيئة قوة جعل الأشياء السيئة تحدث") بينما قمت بإعادة تمثيل هذه الأفكار ظرفياً. ففي ضوء النظرية فإن مثل هذه المعرفة أو المعتقدات يتم ربطها بالخطط و البرامج التي تساهم في التحكم بالإدراك.(Wells,2007,136).

تعتبر جميع تلك العمليات المفاهيمية والانتباهية الحادثة جزء من إستراتيجية الشخص للتعامل مع التهديد والتناقض الذاتي والانفعال المنشئ عنهم.تشتمل المتلازمة المعرفية الانتباهية أيضاً على العديد من الاستراتيجيات المكونة للمتلازمة المعرفية الانتباهية مشتملة على استراتيجيات التحكم في الفكر ككبح الأفكار و استراتيجيات سلوكية كالتجنب السلوكي و المعرفي و الانفعالي و غيرها (Wells,2009,13).

في اضطراب الفوبيا الاجتماعية – على سبيل المثال- ينشأ القلق استجابة للأفكار السلبية و استراتيجيات كبح الفكر والتجنب الواضحة في المتلازمة المعرفية الانتباهية.

(٤)عواقب المتلازمة المعرفية الانتباهية(نموذج ABC):

في الشكل السابق – النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات لـ ويلز و ماتثيوس (S-REF)- يشير السهم (A) إلى التأثير الذي تحوزه التقديرات وسلوكيات المواجهة تجاه المعتقدات ما وراء المعرفية (فعلى سبيل المثال يقوى التركيز الانتباهي البالغ على التهديد معتقدات عن وجود الخطر و تجنب الخبرات) بالتالي يمنع الانزعاج الشخص من اكتشاف الطبيعة الحميدة للانفعال.بينما يشير السهم (B) إلى أثر نمط التفكير على استراتيجيات المواجهة في المعالجة التلقائية منخفضة المستوى وكذلك على المستوى الانفعالي (فعلى سبيل المثال يعمل القلق على تنشيط شبكات الانزعاج مع تصريف الانتباه بعيداً عن صورة المعالجة التطفلية)بالتالي إيقاف المعالجات الانفعالية البالغة. توجد في هذا الصدد احتمالية وجود ارتباطات مباشرة بين المعرفة متعددة النظم والمستوى المنخفض لهذه الأنماط المعالجات التلقائية يعول عليها عمليات استرجاع المعرفة و الخطط للمعالجة اللاحقة حيث تم الإشارة إلية بالسهم(C) .(Wells,2009,13,14)

يزيد التوارد المتكرر للانزعاج و الاجترارات الفكرية من قوة تأثير تلك الاستجابات كأن يمتلك الشخص لدرجة منخفضة من الوعي بهذه العمليات مع السماح لها بالتحرك والسير دون رقابة أو توجيه ذاتي،فتساهم قوة التأثير و نقص الوعي في إحساس الشخص بفقدان التحكم في هذه العمليات. يمكن أن تتداخل عمليات الانزعاج والاجترارات الفكرية مع عمليات أخرى منظمة للذات-على سبيل المثال- قد يظهر غالبية القلق في صورة لفظية بحيث يتداخل مع معالجة الصور اللازمة من أجل المعالجة الانفعالية بعد حدوث الصدمة كما في اضطراب قلق ما بعد الصدمة(PSTD)؛أو كما يظهر في اضطراب الفوبيا الاجتماعية عند التأمل في مواقف

الفشل السابقة من التعرض للتقييم السلبي من قبل الآخرين ربما بطريقة مشابهة تـؤدي إلى التفكير عن الأخطاء و مواقف و تهديدات اجتماعية سابقة بحيث تزيد مـن إتاحـة الوصول لتلك المصادر عن طريق إصدار أحكام مسبقة (Wells,2009, 14,15).

٤- دور المعتقدات والخبرات والاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقيـة فـي الاضطراب النفسي:-

تم تضمين المعتقدات ما وراء المعرفية و الأسلوب الذي يستخدمه الناس في التفكير عن طبيعة وتقدير أفكارهم في العديد من النظريات المعرفية للعديد لاضطرابات القلق- على وجه الخصوص- الدراسات التحليلية لاضطراب الوسواس القهري و القلق المعمم. افترض كل من (Rachman,1997;Salkoviskis,1985) ضمن نظريتهم المعرفيـة بمساهمة التقديرات السلبية عن الأفكار التطفليـة المزعجـة فـي تـزمن و اسـتفحال اضطراب الوسواس القهري حيث عملت(Salkoviskis,1985)علـى تعيـين الـدور المحوري للمعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالمسئولية في ضوء افتراض مرضـى الوسواس القهري بمسئوليتهم الذاتية عن الضرر لو فشلوا في التصرف والاستجابة لهذه الوسـاوس و القهريـات المتعلقـة بالـضرر.بطريقـة مـشابهة عرضـت (Salkoviskis,1997) أن الوساوس تستفحل نتيجة لسوء التفسيرات الكارثية لمغـزى معتقدات الفرد ذاته (Rachman,1997,795-800).

في الهيئة ما وراء المعرفية تم افتراض مساهمة المعتقـدات مـا وراء المعرفيـة التطفلية في الخلل المزاجي بحيث يؤدي بالفرد إلى مقاومة أو كبح أو تحييد الوسـاوس لجعل الأمور في موضعها الصحيح. تم أثبات أهمية المعتقدات الما وراء المعرفية فـي اضطرابات القلق كاضطراب الوسواس القهري متمثلة في مهام دمج الفكر- الحـدث أو في المعتقدات المتعلقة بكون الأفكار بمثابة أحداث - على سبيل المثال "بسبب امتلاكـي لهذه الفكرة تعتبر لعواقب السلبية أكثر احتمالية للوقوع"؛ و"امتلاكـي للمعتقـد الـسلبي يوازي ارتكـابي للفعـل المـشين" كمـا فـي دراسـة(Shafran, Thordarson & Rachman,1996) ودراسـة (Rachman & Shafran,1999) ؛والمعتقـدات عـن أهمية التحكم بالأفكار- على سبيل المثال- "من المهم أن أتحكم في أفكري"؛ و المعتقدات عن الأهمية البالغة للأفكار- على سبيل المثال- "بسبب امتلاكي لهذه الفكرة أو المعتقـد اللاتوافقي من المحتمل وجود دليل جزئي على دور المعتقدات ما وراء المعرفيـة فـي الاكتئاب أحادي القطب على الرغم من أن هذا المجال البحثي لقي اهتمـام أقـل عـن

الدراسات التي تم إجراؤها على اضطرابات أخري كاضطراب القلق المعمم و الوسواس القهري (McEvoy & Perini,2009, 524-526)..

توصلت العديد من الدراسات إلى وجود ارتباطات ايجابية بين كل من المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالاجترار الفكري – على سبيل المثال– فكرة "أتأمل لمحاولة إيجاد حلول لمشكلاتي" و"احتاج أن أتأمل بخصوص هذه المشكلات لمنع حدوث المشكلات في المستقبل"مع المستويات المرتفعة من الاجترارات الفكرية كما تم تسجيله عن طريق تقارير ذاتية كدراسة (Watkins & Baracaia,2001) وكذلك مع الإعراض الاكتئابية كدراستي(Papageorgiou & Wells, 2001a,2001b)

ثانياً:اضطراب الفوبيا الاجتماعية:

يمثل القلق–بشكل عام–واحداً من أكثر الاضطرابات النفسية المؤثرة على الإنسان في العالم و أكثرها شيوعاً هو اضطراب الفوبيا الاجتماعية(محمد السيد عبد الرحمن،٢٠٠٠، ٢٥١) حيث تبلغ نسبة الفوبيا الاجتماعية بين (١٠%) إلى (٢٠%) من اضطرابات القلق ككل (Sas, Wittchen & Zaudig, 1996, 467).وتعتبر اضطرابات القلق بشكل عام حالات ينتاب فيها الفرد انزعاج أو خوف شديد ؛ فالقلق الاعتيادي شعور متوقع شائع و غامض و غير سار و مصحوب بأعراض تلقائية كالصداع ،و ضيق في الصدر ،و اضطراب في المعدة ،و عدم ارتياح ؛و يمكن اعتبار هذه الأعراض استجابة للمواقف المهددة أو المحفزة. بينما يمكن اعتبار الخوف محدد وذو هدف فإن القلق يعتبر أكثر شيوعاً و غير هادف(Kelly & Storch, 2009, 26).

أحياناً يصبح الخوف لدى بعض الناس مبالغ بحيث يؤثر على قدرتهم على التفاعل الاجتماعي كالحديث أمام الآخرين ،أو تناول الطعام في مكان عام أو الظهور أمام الناس أو أن يصبح الشخص عرضة للنقد و موضع للسخرية؛و هذه من أهم أعراض الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين (غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٩، ٤١٩–٤٢٠).

يعد اضطراب الفوبيا الاجتماعية (Social Phobia) والذي يطلق عليه أيضاً في بعض السياقات اضطراب القلق الاجتماعي المرضي (Social Anxiety Disorder) – التسمية الأمريكية في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية(DSM-IV)– واحداً من الاضطرابات التي يمكن أن تؤثر على الأداء الوظيفي و المهني و الاجتماعي للفرد بحيث تدفعه إلى تجنب المشاركة الفعالة في مجالات الحياة

المتعددة وذلك بما ينشأ عنه من عزلة و وحدة شديدتين مع انخفاض ادوار الفرد الوظيفية والاجتماعية فضلاً عن أن القلق البالغ في المواقف الاجتماعية يمثل ضغطاً شديداً على الفرد يؤدي إلى تشتته الانتباهي بحيث يمنعه من التفاعل الاجتماعي الناجح و أداء دوره الاجتماعي المطلوب في مثل هذه المواقف.

١ – مفهوم الفوبيا الاجتماعية:

ا- تعريفات الفوبيا الاجتماعية:-

هناك بعض التباينات في إطلاق المسميات و الاصطلاحات العربية لمفهوم اضطراب للفوبيا الاجتماعية؛ ففي العديد من الدراسات العربية يطلق على اضطراب الفوبيا الاجتماعية الخواف أو الرهاب الاجتماعي ولكنها تؤدي جميعها إلى مصطلح واحد.

تُعرف الفوبيا الاجتماعية بكونها الخوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية بحيث يصاحبها تقييم ذاتي منخفض و خوف من النقد يظهر في شكل احتقان الوجه و رعشة باليد(أحمد عكاشة،١٩٩٢، ١٣٣،١٣٢)؛ بينما قد تُعرف الفوبيا الاجتماعية باعتبارها الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام بحيث ينشأ عنه خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين ، و قد تكون الفوبيا محدودة كعدم القدرة على التحدث أمام جمع عام ،أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين ، أو عدم القدرة على التبول في مرحاض عام ، أو ارتجاف يده عندما يكتب أمام الآخرين ، وقد يشمل ذلك أغلب المواقف الاجتماعية(محمود عبد الرحمن حمودة،٢٠٠٧، ٤١٩). تشير دراسة (سامي هاشم، ١٩٩٧) بأن ذوى الخواف الاجتماعي في حالة خوف دائم لأنهم يشعرون بأنهم تحت الملاحظة من الآخرين في مواقف التعلم المختلفة مع فشلهم في إيجاد طريقة لمواجهة المواقف و التكيف معها(غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٢، ٤٢٦).

في حين تُعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV-TR) الفوبيا الاجتماعية بأنها خوف مميز ومستمر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي تتضمن إحراجاً أو شعوراً بالإحراج بحيث يؤدى التعرض لتلك المواقف إلى استجابة قلق فورية(DSM-IV,2000,450).

ب-التعريف الإجرائي للفوبيا الاجتماعية :-

يتضح مما سبق أن الفوبيا الاجتماعية هي خوف الفرد من تقييم الآخرين السلبي لأدائه أثناء مواجهة بعض المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الأداء أمامهم؛وقد يؤدى درجة خوف الفرد الزائد من الفشل وارتكاب الأخطاء أمام الناس إلى الارتباك، والتلعثم، والتعرق، واحمرار الوجه، مما يجعله يتوقع الإحراج والفشل في جميع المواقف التي يواجه فيها الناس وقد حدد الباحث التعريف الإجرائي للفوبيا الاجتماعية بكونها الخوف من الارتباك عند وجود الفرد في مكان يشعر أنه محل اهتمام أو موضع ملاحظة الآخرين ينتج عنه انسحابه إلى مكان آمن مع تجنب الاختلاط إذ يفضل الوحدة بدلاً من بقائه بصحبة الآخرين وعادة ما تصاحب المواقف الاجتماعية تقييم منخفض للذات و قد اعتمد الباحث على هذا التعريف عند تعيين و اختيار أفراد العينة العلاجية في ضوء المقياس المُعد لذلك.

٢-تصنيفات الفوبيا الاجتماعية:

من ناحية التصنيف المرضي يتم التمييز بين نمطين من المخاوف الاجتماعية، يسمى الشكل الأول بالخوف الاجتماعي الأولي"Primary" الذي يتصف بحدوث ردود فعل الخوف تجاه مجال واسع من المواقف الاجتماعية، ويسمى الشكل الثاني الخوف الاجتماعي الثانوي"Secondary" "حيث لا يتصف بالخوف من المواقف الاجتماعية في حد ذاتها ولكن يتميز بنقص في المهارات الاجتماعية للشخص مما يؤدي نحو الخوف (Rudolf &Margaf,1999,16).بينما لا يعرف الأشخاص من النمط الثانوي مثلاً كيف يبدؤون محادثة أو ينهونها أو كيف يتصرف الإنسان في موقف معين كما يعانون من مشكلات في التعامل مع الآخرين ويظهر لديهم سلوك تجنب واضح للمواقف الاجتماعية الأمر الذي يدفعهم نحو العيش منعزلين وغير سعداء ومكتئبين.

يؤكد كلاً من(Antony &Barlow,1997) و(Chavira & Stein,1999) وغيرهم من الباحثين انه بإمكان تصنيف هذا الاضطراب إلى نمطين فرعيين فيتطلب من المتخصصين تحديد ما اذا كانت الفوبيا الاجتماعية:أ)معممة(Generalized) ويشير هذا النمط إلى هؤلاء الأفراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية أو ب)محددة (خاصة)(Specific) ويشير هذا النمط إلى هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة و ليس كلها. يشير كل من (& Brunello,2000);(Stopa Clark,2000) إلى إن نمط الفوبيا الاجتماعية المعممة هو النمط الأكثر خطراً و فيه

يخشى الفرد من اغلب المواقف و التفاعلات الاجتماعية بحيث يميل نحو تفسير الأحداث السلبية غير الغامضة و ذات المستوى السلبي على أنها كارثة محققة(عبد الله محمد عبد الظاهر،٢٠٠٤، ٢١).

يُشير (Antony & Barlow, 1997) إلى أن الدراسات التي فحصت الفروق بين هذين النمطين وجدت أن الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية المعممة دائماً ما يكونون أصغر سناً وأقل تعليماً وأقل احتمالاً في الحصول على وظيفة مقارنة بالأفراد ذوى الفوبيا الاجتماعية الخاصة، كما أن الفوبيا الاجتماعية المعممة ترتبط أكثر بالاكتئاب والانزعاج والضيق العام والخوف من التقويم السلبي؛أما الفوبيا الاجتماعية المحددة فترتبط بارتفاع معدل ضربات القلب. كما اقترح (Bruch & Heimberg,1994) نمطاً ثالثاً يسمى الفوبيا الاجتماعية غير المعممة "Ungeneralized Social Phobia" و يصف هذا النمط الإفراد الذين لا يعانون من مخاوف اجتماعية خاصة والذين يظهرون قلقاً مرتفعاً في المواقف التي تتضمن التفاعل الاجتماعي كما أن هناك مجالاً واحداً على الأقل لا يمرون فيه بالقلق الشخصي الذي يؤدي أداءً جيداً في العمل و لكنه يشعر بالخوف عندما يقابل أشخاصاً جدداً في حفلات عادية و مواقف أخرى خارج العمل (عبد الله محمد عبد الظاهر،٢٠٠٤، ٢٢).

وبينما يتركز خوف مريض الفوبيا الاجتماعية في المجتمعات الغربية على عواقب الأداء الاجتماعي السيئ أو غير المناسب من حيث تقييم الشخص تقييما سلبيا من قبل الآخرين، فإننا نجد في الثقافات الشرقية شكلا آخر يسمى تايجين كويفوشو "Taijin-Kyofusho" ونجد فيه أن خوف المريض يتركز على ما قد يضايق الآخرين ويزعجهم من تصرفاته أو أدائه الاجتماعي السيئ أو غير المناسب، فبينما يهتم المريض في الثقافات الغربية بمضايقة الآخرين له ولو على مستوى تقييمهم السلبي له، يهتم المريض في الثقافات الشرقية بمضايقته هو للآخرين ،وإن كانت النتيجة في هذين الشكلين من أشكال الفوبيا الاجتماعية هي التحاشي والهروب قدر المستطاع من المواقف الاجتماعية(Gretarsdottir et al., 2004, 459-475).

يخلُص الباحث من تصنيفات الفوبيا الاجتماعية أنه عند معاناة الفرد من النمط المعمم – وهي الحالة الإكلينيكية من اضطرب الفوبيا الاجتماعية– سيميل نحو الانزعاج من كونه محط الاهتمام في أي مكان يشعر فيه بالاختلاط مع الآخرين أو كونه محط انتباه و اهتمام الآخرين وهم يلاحظون الذي يقوم به أو يفعله تفصيلياً؛ فيخاف من تقديمه أمام

الآخرين ،و ينزعج أيضاً من الأكل و الشرب العلني في الأماكن العامة، ويصبح من الصعب عليه أن يذهب للتسوق أو الأماكن العامة كالمدرسة أو الجامعة أو النادي، وكذلك مواجهة مديره أو زملائه في العمل حتى عندما يجبر على القيام بذلك؛ فتصبح الحفلات و المناسبات الاجتماعية مشكلة عويصة مخيفة نظراً لأنه سيتردد قبل الذهاب إلى حجرة مليئة بالناس بحيث يتوقع المضطرب كما لو أن الجميع ينظرون إليه حتى بدون القيام بأي أداء أو عرض موضوع أمام الآخرين.

أما في النمط الخاص أو المحدد – وهو ما قد يعرف في بعض السياقات بحالة القلق الاجتماعي– فيؤثر على الناس الذين يصبحون محط انتباه كجزء من ممارساتهم الحياتية بطريقة تؤثر على أسلوب معيشتهم كما هو الحال لدى من يخاف من الحديث أو تناول الطعام أمام الناس.فأي شخص يقوم بإلقاء خطاب أو عرض تقديمي أمام جمع من الناس قد يعاني من هذا الاضطراب مثل المشتغلين بوظائف التفاعل الاجتماعي كمندوبي المبيعات و الممثلين و الموسيقيين وغيرهم لكن ما يخصنا في دراستنا الحالية الطلاب المعلمين.على الرغم من أن هذا النمط من الاضطراب لا يبدو أشكالي في مواقف اجتماعية اعتيادية ؛ فعلى سبيل المثال يجد المضطرب نفسه ينسجم و ينخرط مع الآخرين بدون أي مشكلات لكن عندما يضطر للقيام و التحدث أو التفوه أمام الآخرين يتم تنشيط و تفعيل النمط المختل ويصبح من المستحيل عليه التحدث بشكل علني أمام الآخرين حتى أنه يفقد القدرة على طرح أسئلة أو السيطرة على أفكاره أو استرجاع معلومات قام بتشفيرها.

لكننا بشكل عام نستطيع تصنيف المواقف المخشي منها في مرضى الفوبيا الاجتماعية إلى نوعين هما التفاعل الاجتماعي"Social interaction " والأداء الاجتماعي"Social performance" ، فأما الذين يخشون عواقب التفاعل الاجتماعي بشكل عام فيتجنبون الحفلات والمقابلات عامة وبصورة خاصة مع الغرباء ويتجنبون المحادثات الرسمية وغير الرسمية ويتجنبون النظر في عيون الآخرين أو التقاء العيون كما يتجنبون رموز السلطة والمواقف التي تحتاج إلى التوكيدية، وأما الذين يخشون الأداء الاجتماعي فيتجنبون التحدث أمام جمهور والأكل أو الشرب أو الكتابة أمام الآخرين وكذلك استخدام المراحيض العامة وأي أداء أمام الآخرين بشكل عام.

٣-انتشار الفوبيا الاجتماعية :

يعتبر اضطراب الفوبيا الاجتماعية واحداً من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً وانتشاراً بين الجمهور العام ؛وتشير البحوث الوبائية إلى أنه يحتل المرتبة الثالثة بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً في الولايات المتحدة الأمريكية بعد الاكتئاب وإدمان الكحوليات (بدر الأنصاري،٢٠٠٧، ٣٣٧).لقد أكدت دراسة(إبراهيم عبد الستار، ١٩٩٨) أن الخجل والانسحاب من التفاعل الاجتماعي تنتشر بين ما يقرب من (٤٥%) من أفراد العينة (محمد حسن غانم، ٢٠٠٦، ١٧)،كما أوضحت نتائج المسح الذي قام به (Kessler et al.,1994) أن معدل انتشار الفوبيا الاجتماعية يبلغ (١٣,٣%) (Hofmann & Barlow, 2002,455)و خلال العشرين سنة الماضية ارتفعت تقديرات انتشار الفوبيا الاجتماعية لدي الجمهور العام من (٢%) إلى أكثر من (١٢%)(Henderson & Zimbrado, 2001,49). كما يؤكد (محمود عبد الرحمن حمودة،٢٠٠٧)على أن نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية بين العامة تتراوح من(٣- ٥%) و يستوي في ذلك الذكور و الإناث ،ولوحظ أن الخوف من الأكل من الأماكن العامة أو الكتابة أو الكتابة أمام آخرين أو استخدام المراحيض العامة نادرة الانتشار نسبياً ،بينما الفوبيا الاجتماعية المتضمن للخوف من التحدث أمام جمع من الناس هو الأكثر شيوعاً (محمود عبد الرحمن حمودة،٢٠٠٧، ٤٢٦).في الدول العربية أشارت العديد من الدراسات إلى أن الخواف الاجتماعي منتشر بين المراهقين و يمكن تشخيص القلق لدى حوالي(٧٥%) من الناس في مرحلة ما من حياتهم ؛كما توصلت دراسة (Solyum et al, 1986) إلى أن مرضى الفوبيا الاجتماعية يمثلون نحو (٢٥%)من جميع حالات الخواف عند المراهقين ؛ كما وجدت دراسة (Al-Khani & Arafa,1990) بأن نسبة ما يعانون من الخواف الاجتماعي و يرجعون للعيادات النفسية تبلغ حوالي (٧٩%) من اضطرابات المخاوف بصفة عامة في المملكة العربية السعودية(محمد السيد عبد الرحمن ،٢٠٠٠، ٢٥٤)

كما هدفت دراسة (Wittchen et al, 1999) إلى التعرف على معدل انتشار الفوبيا الاجتماعية على عينة من المراهقين و الراشدين تتراوح أعمارهم بين(١٤) و(٢٤) سنة حيث استخدم مقياس التشخيص العالمي للتعرف على معدل انتشار الفوبيا الاجتماعية، أظهرت الدراسة أن نسب انتشار الفوبيا الاجتماعية بين الإناث (٩,٥%)و بين

الذكور(٤,٩%)(إيمان عبد العظيم،٢٠٠٦، ٦٥) و هذا ما أكده أيـضاً(حـسان المـالح وفيصل محمد خير الزراد و آخرين،٢٠٠٤@ hayatnafs.com online).

يؤدي التوتر الأسري و المشكلات التي تحدث بين الأبوين إلى خلق جو من القلـق لدي الطفل بحيث يساهم ذلك الجو في زيادة السلوك الانسحابي لدى الطفـل، كمـا أن تفضيل الأسرة للذكور دون الإناث قد يؤدي إلى الشعور بالدونية لدى الإناث، مما قـد يساعد على انتشار الفوبيا بين الإناث أكثر منه لدى الذكور؛ كما يؤكد تشجيع الذكر على أن يكون أبياً لا يقبل الضيم و لا يتسامح في العدوان الذي يقع عليه ، ولا يفـرط فـي البكاء أو الحزن للتعبير عن مشاعره، في حين أنه من الطبيعي على الأنثى أن تـسامح وأن تجهش بالبكاء و أنها الأضعف في كثير من المواقف، و بسبب ذلك يترسخ سـلوك القوة لديه على حساب الأنثى التي تصبح خائفة و مترددة(فرانـسيس شـاهين ، وعبـد الكريم جرادات،٢٠١٢، ١٢٦٢)

كما تزيد نسبة الانتشار لهذا الاضطراب بين النساء عـن الرجـال (Maragraf & Rudolf,1999, 16)، (Reinecker,1994,93) وذلك على الرغم مـن أن غالبيـة العينات الإكلينيكية تشير إلى تساوي التوزيع الجنسي أو غلبة نسبة الذكور عن الإناث؛ كما أن غالبية المرضى من العزاب أو من الأشخاص الذين لا يمتلكون شـريكاً ثابتـاً ويقدر سن بدء الاضطراب بين سن(١٠-٢٠)عاماً، وهي المرحلة النمائية التي تواجـه الفرد بمطالب جديدة وتفرض عليه أدواراً حياتية مختلفة وتتطلـب منـه مزيـداً مـن الاسـتقلالية والثقـة (Sass, Wittchen,& Zaudig,1996,476).يتحـدث (Reinecker,1995) أيضاً عن هذه المرحلة بصفتها "الطور الحـساس" فـي نـشوء المخاوف الاجتماعية فالخواف الاجتماعي شائع لدى الأسوياء و خاصة عند المواجهـة الأولي للجمهور أو في اجتماع ما (Reinecker,1995, 24).

مع انتشاره الواسع مقارنة بالاضطرابات الانفعالية الأخرى يفتـرض الباحـث إن تشخيص الفوبيا الاجتماعية يجب أن يؤخذ بحذر؛ فيشير الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع (DSM-IV-TR)إلى أن تجنب المواقف الاجتماعية أو "الانسحاب الاجتمـاعي" أعراض ترتبط باضطرابات أخرى بخلاف الفوبيا الاجتماعية كـبعض الاضـطرابات الذهانية والشخصية والوجدانية، و هذا الأمر يسبب الكثير من الخلط في التشخيص إذا ما تم التركيز على التفاعل الاجتماعي دون أخذ الصورة كاملة عن الاضطراب ومحكاته التشخيصية لاسيما إذا كانت الشكوى ترتكز على الجانب الاجتماعي الواضح أكثر مـن

غيره ،و هذا إذا ما أخذنا بعين الاعتبار مظاهر الاضطراب ونتائجه التي قد تختلف تبعا للثقافة ومتطلباتها و بخاصة في المجتمعات العربية و الإسلامية.

٤-المحكات التشخيصية للفوبيا الاجتماعية:

أن الفوبيا الاجتماعية الذي تتطلب علاجاً يظهر في صورة مرضية تؤدي بالفرد إلى الوحدة النفسية و الخوف الاجتماعي المزين من كل المواقف الاجتماعية سواء المألوفة أو غير المألوفة التي يعاني منها الفرد ضغوطاً نفسياً و قلقاً شديداً يعوقه عن أداء عمله(خولة السبتي،٢٠٠٤، ١٧٥). تتمثل الأعراض الفسيولوجية للفوبيا الاجتماعية في الارتعاد و خفقان القلب و سرعة التنفس و اضطراب المعدة و جفاف الحلق و احمرار الوجه (محمد حوالة ،٢٠٠٤، ٢٩٨).لقد قام محمود عبد الرحمن حمودة بتحديد أربعة جوانب تشخيصية تساعد عند التشخيص الفارق لتقييم اضطراب الفوبيا الاجتماعية بالمقارنة بغيره من الاضطرابات الانفعالية:

أ) تجنب مواقف اجتماعية معينة: تسبب طبيعياً الشعور بالكرب و هذا الشعور شائع عند كثير من الناس من خوف طبيعي من الحديث العام، و لا تنطبق عليه مواصفات و اشتراطات الخواف الاجتماعي.

ب) مع اضطراب الشخصية التجنبية: قد يوجد قلق ملحوظ و التجنب لغالبية المواقف الاجتماعية ، و هنا يؤخذ في الاعتبار الشخصية التجنبية مع الرهاب الاجتماعي.

ج)في النمط البسيط: يوجد مثير مرهب و ليس بالقلق الاجتماعي.

د) مع اضطراب الهلع المصاحب بالخوف من الأماكن المتسعة:قد يتجنب الشخص مواقف اجتماعية معينة كالمطاعم لخوفه من حدوث نوبة هلع أثناء تواجد فيها (محمود عبد الرحمن حمودة،٢٠٠٧ ،٤٢٦).

يصنف اضطراب الفوبيا الاجتماعية ضمن اضطرابات القلق في الفئة التشخيصية رقم (F40.1) في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية(ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية "WHO" (Dilling, Mombour& Schmidt, 1991, 145, 146). كما حدد الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع(DSM-IV) (DSM-IV,TR,2000,450-453)و الخامس (DSM-V-TR) (Bögels et al., 2010, 168-189) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA) ثمانية معايير تعد كمحكات لتشخيص الفوبيا الاجتماعية التي سيعمل الباحث على الالتزام بها في وضع مقاييس اختيار العينة العلاجية هي:-

١. وجود خوف مستمر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي تتضمن إحراجاً أو شعوراً بالإحراج.

٢. يثير التعرض للموقف الاجتماعي أو الموقف الأدائي استجابة قلق فورية.

٣. يقر المراهقون و البالغون الذين يعانون من هذا الاضطراب بأن خوفهم مبالغ فيه و غير معقول: أما بالنسبة للأطفال فلا يدركون أن خوفهم مبالغ فيه و في أغلب الأحوال يتم تجنب موقف الأداء أو الموقف الاجتماعي و قد يتم في بعض الأحوال تحمله مع بعض الرعب.

٤. تجنب مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعية المخيفة أو/ مع تحملها بقدر كبير من القلق أو الألم.

٥. يجب أن يكون التجنب أو الخوف أو التوقع للقلق عند مواجهة المواقف الاجتماعية متداخل مع أداء الفرد في الأنشطة الحياتية الأخرى كالأداء الوظيفي أو أنشطة الحياة الاجتماعية الاعتيادية أو في حالة ما إذا كان الفرد نفسه مضطرباً أو متخوفاً من أن تناله الفوبيا.

٦. أن تكون هذه الأعراض قد استمرت لمدة (٦) ستة أشهر على الأقل بالنسبة للأفراد أقل من (١٨) ثمانية عشر سنة على الأقل قبل تشخيص الفوبيا الاجتماعية.

٧. يجب ألا يكون الخوف أو التجنب راجعاً إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن تناول مادة أو عقار أو حالة طبيعية عامة و ألا يتم تحليله لكونه راجع إلى اضطراب نفسي آخر كاضطراب الخوف أ، اضطراب قلق الانفصال أ، الاضطرابات النمائية أ، الاضطراب الفصامية.

٨. إذا وجد اضطراب آخر من هذه الاضطرابات أو تواجدت حالة طبية عامة أثناء التشخيص كالتهتهة أ، مرض باركنسون أ، اضطراب فقدان الشهية العصبي فإن الخوف أو التجنب لا يجب قصره على التأثيرات الاجتماعية فقط)(حسان المالح،٢٠٠٣ hayatnafs.com online@).

ويضيف عكاشة أنه يجب أن تستوفى عدة شروط لتشخيص الفوبيا الاجتماعية وهي:أن تكون الأعراض سواء النفسية أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي مظهراً أساسياً للقلق وليست ثانوية لأعراض أخرى كالضلالات و الأفكار الوسواسية؛ وأن يقتصر القلق على مواقف اجتماعية معينة؛ أن يتم تجنب مواقف الخوف كلما كان ذلك ممكنا(أحمد عكاشة ،٢٠٠٣، ٢١٩-٢٣٠).

٥-أسباب الفوبيا الاجتماعية:

لا يعرف على الوجه التحديد سبب مرض الفوبيا الاجتماعية مع ذلك يشير الباحثون إلى أن الخوف من تقييم ونقد الآخرين هو السبب الأساسي لهذا المرض، في حين يرى آخرون أن هذا الأمر قد يكون عرضاً للمرض وليس سببا له.افترض بعض الباحثين وجود أسباب وراثية في حين افترض آخرون وجود أسباب بيولوجية لما لاحظوه من استجابة بعض المرض للعلاج بالعقاقير.أشارت دراسة (Parker,1979) بأن الفوبيا الاجتماعية مرتبطة بالعناية الزائدة و الحماية المفرطة من الأم للأبناء(حسن عبد المعطي،١٩٩٨، ٦٣)؛و هذا ما أكده (المالح،١٩٩٣) من أن المراحل التي يكثر فيها ظهور الفوبيا الاجتماعية هي المراهقة والمتميزة بالحساسية المفرطة، لذا فالتوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين يؤدي لزيادة السلوك الانكماشي للطفل من أفراد أسرته.على العكس من ذلك إذا كان الوالدان قريبين من أبنائهم كانت الحياة الأسرية سعيدة وموفقة ونشأ الابن واثقاً من نفسه غير خجول من ممارسة حياته بأسلوب سوي(حنان أسعد خوج،٢٠٠٢، ٣٢،٣٣).

أشارت دراسة(Mitchell et al.,1988) إلى أن مريض الخواف الاجتماعي ذو طبيعة وسواسية و يبدو عليه الخوف من الظهور أمام الآخرين في وضع متدني و لديه الحاجة الشديدة نحو الظهور في أكمل صورة أمام الآخرين (سامي موسى هاشم، ١٩٩٧).كما أجري (Bruch,1989) دراسة موضوعها القضايا و الاكتشافات المتعلقة بتطور الخوف الاجتماعي تهدف إلى معرفة العوامل التي تؤدي إلى ظهور اضطراب الخواف الاجتماعي و توصلت الدراسة إلى أن العوامل المتعلقة بتطور و نشأة الطفل في جو يتسم بالانعزال و المحاذير و الأوامر و غياب المناخ الوجداني الأسري يؤدي إلى ظهور اضطراب الفوبيا الاجتماعية؛ كما توصلت الدراسة أيضاً لوجود أربعة عوامل تطورية تحفز ظهور الاضطراب، هي:الطفولة، و الولادة، و الإهمال، وغياب الوعي الذاتي و على الأخص في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يتأثر الخواف الاجتماعي بالعلاقات الأسرية في إدراك والديهم في جو الانعزال من الخبرات الاجتماعية التي تؤدي بهم لهذا الاضطراب (مدحت إسماعيل عبده،٢٠٠٣، ١٤٢).

يؤكد الكثير من الباحثين أن الأسباب وراء الفوبيا الاجتماعية متعددة منها:خبرات مؤلمة وعنيفة أو حكايات تمت روايتها للبالغين أثناء مرحلة الطفولة ، أو من خلال ملاحظة الكبار من ذوى الفوبيا الاجتماعية فقد توصلت دراسة على أن نسبة(٣٢%) من

عينة الدراسة يعانون من حالات الفوبيا الاجتماعية بسبب الحالة النفسية السلبية و الأوضاع الاجتماعية المتدنية(Voges & Addington ,2005). تضيف دراسة (Hickerson,1997) إلى أن حالات الخواف الاجتماعي ناشئة عن طريق التنشئة الاجتماعية الخاطئة و بسبب الوضع الاجتماعي المتدني في حين توصلت دراسة (Nordic,2007) إلى أن أحداث الحياة الضاغطة على البالغين و الحياة السلبية تعمل على زيادة حالات الفوبيا الاجتماعية(Voges & Addington ,2005,287-292).

و أخيراً يفترض (Kashdan & Herbert,2001) بوجود ثلاثة عوامل أساسية تعمل على تعزيز اضطراب الفوبيا الاجتماعية تتمثل في:الانحرافات المعرفية كالمعتقدات المتعلقة بأن الأفراد سيتفاعلون بشكل تنبؤي مع الآخرين بطريقة تظهر الرفض أو التقييم السلبي من الآخرين؛ و قصور المهارات الاجتماعية؛ والشرطية الحادثة كالتدعيم السلبي لسلوكيات التجنب (Kelly & Storch, 2009, 30).

٦-نماذج الفوبيا الاجتماعية:

في الآونة الأخيرة حاز موضوع الفوبيا الاجتماعية على أهمية متزايدة من قبل الباحثين نتيجة العمل على إنشاء و تفعيل إطارات عمل معرفية و معرفية سلوكية تشكل مصدر خصب في دراسة ومعالجة الاضطراب.في تسعينات القرن الماضي تم تطوير نموذجين معرفيين للفوبيا الاجتماعية هما :نموذج كلارك و ويلز ،و نموذج رابي وهايمبرج حيث ساهمت تلك النماذج كأساس لأي مجال بحثي نظراً لتأكيدها على الدور المركزي لعمليات الانتباه في نشوء وتزمن اضطراب الفوبيا الاجتماعية (Clark & Wells,1995; Rapee & Heimberg;1997).اقترح كل من كلارك و ويلز بأن الانتباه المرتكز على الذات يعتبر العملية المركزية الحيوية ولكنها ليست الوحيدة التي تولد القلق و تشوه الإدراك و تحجب إدراك المعلومات المتناقضة مع الخوف الاجتماعي.على الرغم من الفرضية المشابهة لكل من رابي و هايمبرج بان الانتباه المرتكز على الذات هو العامل الخطير في تدعيم و تعزيز اضطراب الفوبيا الاجتماعية إلا أنهم تحدثا باستطراد عن أهمية التيقظ للمحفزات الاجتماعية المهددة في البيئة الخارجية و خصوصاً المؤشرات المتعلقة باحتمالية التقييم السلبي من أعضاء الجمهور باعتبارها عملية غير مدرجة في نموذج كلارك و ويلز.

أ- نموذج كلارك و ويلز(Clark & Wells,1995):-

يتمثل المكون الرئيسي لنموذج كـــلارك و ويلـــز (Clark & Wells,1995) فـــي فرضية استخدام المضطربين اجتماعياً للمعلومات الاستبطانية لإنشاء انطباع عن أنفسهم حيث يفترضون بأنها تعكس ما يلاحظه الآخرون.تعتبر تلك المعلومات أكثر جوهريـــة وأهمية عن ملاحظة السلوكيات الفعلية للآخـــرين (Clark & Wells,1995,82).لقـــد ناقش كلارك و ويلز فرضية أن الأفراد المضطربين اجتماعياً يوجهون انتباههم بأساليب مختلة وفق هذا النموذج حيث ينشأ الاضطراب من ظهور أعراض القلق في الأشخاص المضطربين اجتماعياً نتيجة لعملية فحص الجمهور حيث يبدأ المضطرب بعـــدها فـــي امتلاك بعض المعتقدات و الافتراضات المشوهة المختلة مشتملة علـــى الاعتقـــاد بـــأن الآخرين يمتلكون مستويات مرتفعة من الأداء الاجتماعي الفردي و كـــذلك المعتقـــدات الشرطية المتعلقة بالتقييم الشخصي و المعتقدات غير الشرطية المتعلقة بالذات. تبرز في هذا الصدد جميع الافتراضات و الظروف السلبية التي تجعل المضطرب اجتماعياً فـــي خطر باستمرار من التصرف بطريقة يمكن اعتبارها مشينة و معيبة وغير مقبولة بحيث تؤدي هذه المعتقدات إلى نشوء سلوك الرفض و فقدان الثقة و الاهتمام. يوحي مجـــرد تواجد الآخرين في مكان ما إمكانية فحص السلوك غير المقبول بحيث يجعل المخرجات الخوافية أكثر قابلية للحدوث بعدها يتم تنشيط البرمجة اللاتوافقية باعتبارها"عملية نشطة تلقائية و غريزية".يؤكد كلارك و ويلز بأن تنشيط تلك البرمجة تتمثل في عناصر:الانتباه المنصب على الذات ، و تشوه الانطباع الذاتي باعتباره كائن اجتمـــاعي (Schaltz,& Heimberg, 2008,1207-1208).

يقترح نموذج كلارك و ويلز وجود انحراف في الذاكرة و عملياتها و هي:التـــشفير، والتفصيل، و الاسترجاع؛ يفترض النموذج أظهار المضطربين اجتماعياً انحراف فـــي الذاكرة تجاه المعلومات المهددة اجتماعياً كالمشاعر المزعجة و الادراكات الذاتية السلبية بسبب اندماجها في وقت التفاعل الاجتماعي الفعلي. يؤكد نموذج كلارك و ويلز أيـــضاً على أهمية المعلومات المخزنة في النمط العام (ذاتي المرجع) مفترضـــين أن عمليـــات التخزين تكون أكثر حسماً لتعزيز و تزمن الفوبيا الاجتماعية عن عمليات الاســـترجاع "Retrieval" حيث يفترض أن المضطربين اجتماعياً يكونون أكثـــر مـــيلاً لاســـتدعاء المعلومات الاجتماعية المهددة و هذه الفرضية تم تأكيدها في دراسات الذاكرة مع عينات شبة إكلينيكية، بينما لم تأكيدها في عينات إكلينيكية. يفـــسر نمـــوذج كـــلارك و ويلـــز

باختصار الدور الحاسم الذي تلعبه عمليات التفسير في تدعيم اضطراب الفوبيا الاجتماعية بالإضافة إلى توقع حدوث تباينات بين (الذات- الآخرين) في جوانب التقييم للمواقف الاجتماعية. تم تدعيم هذا الدليل التجريبي في دراسة(Mellings & Alden,2000) مع التأكيد على أن تلك الانحرافات تبرز في علامات جسمية و سلوكية للقلق (Heinrichs & Hoffmann,2001,765-767).

ب-نموذج رابي و هايمبرج(Rapee & Heimberg,1997):-

يفترض رابي و هايمبرج في نموذجهما(Rapee & Heimberg,1997) أنه عند حدوث المواجهة التفاعلية في الموقف الاجتماعي يشكل الفرد تمثيل عقلي لمظهره وسلوكه الخارجي كما تم توقعه الجمهور و في نفس الوقت يركز مصادره الانتباهية على كل من تمثيله الذاتي الداخلي أو على أي تهديد مدرك في البيئة الاجتماعية بحيث يتم توزيع و تقسيم المصادر الانتباهية تبعاً للجوانب الظاهرة للصورة -الخصائص المتعلقة بالتقييم السلبيً و مراقبة التهديد الخارجي المحتمل(Rapee & Heimberg , 1997,742-743). بأسلوب مشابه لنموذج كلارك و ويلز يؤكد رابي و هايمبرج على دور المواقف الاجتماعية مفترضين أن وجود الجمهور المدرك يشكل تهديد ملحوظ يعانيه الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية لمجرد افتراضهم بأن الآخرين ناقدين بطبعهم و من ثم يكون التقييم السلبي أكثر قابلية للحدوث (Rapee & Heimberg, 1997,745).

يركز نموذج رابي و هايمبرج على المعالجة المسبقة حيث يفترضون أن الأفراد المضطربين اجتماعياً يكونون أكثر تيقظاً للمؤشرات المؤثرة على إدراك المخرجات المخيفة؛ كما أنهم يستحضرون المصادر المتعددة للمعلومات وشبكة الحدوث لبعض المخرجات غير المرغوبة و المتمثلة في عناصر: ١)مؤشرات البيئة المحيطة ؛٢) والتمثيل العقلي لاعتقادهم بظهورهم تجاه الآخرين ؛٣) والدلائل الإدراكية و السلوكية والانفعالية المتعلقة بحدة القلق.

(١)مؤشرات البيئة المحيطة ؛

يفحص الأفراد من ذوي اضطراب الفوبيا الاجتماعية بشكل عام دلائل التقييم السلبي على الرغم من وجود أكثر من بديل للتغذية الراجعة الموجبة كمشاهدة عرض تقديمي من احد المستمعين وهو ممتعض مللاً بينما يرحب ثلاثة آخرين. لقد استدل رابي و هايمبرج بالنماذج التطورية التي تفترض تيقظ الأفراد المضطربين اجتماعياً لدلائل

الغضب/العدوان و التي تشير إلى حالة فقدان التوازن و استدخال لتلك الموارد الانتباهية حيث استدلوا بان المضطربين اجتماعياً أكثر تيقظاً لدلائل انحرافات معالجة الادراكات الملحوظة لدى الفرد ذوي اضطراب القلق المرتفع كما في دراسة MacLoad, (Matthews,& Tata, 1989). طبقاً لنموذج رابي و هايمبرج يعتبر التيقظ للدلائل المهددة في البيئة المحيطة مشابهة من الناحية الوظيفية لتركيز التيقظ الداخلي الموضح في نموذج كلارك و ويلز و لكن يفحص المضطرب اجتماعياً عموماً المعلومات المتعلقة بإمكانية حدوث المخرجات السلبية (Schaltz & Heimberg, 2008,1209).

(٢)التمثيل العقلي لاعتقادهم بظهورهم تجاه الآخرين؛

يقترح رابي و هايمبرج بان الأشخاص المضطربين انفعالياً يركزون على التمثيل الداخلي العقلي للذات كما هو ملحوظ من قبل الجمهور سواء في شكل صورة أو إحساس غامض لكيفية ظهور الفرد أمام الآخرين بحيث يتضمن هذا التمثيل مشاهدة الفرد لذاته في أعين المتفرجين. كما يقترح النموذج المعرفي بأن مثل هذا التمثيل العقلي للذات مصاغ من مصادر مختلفة-على سبيل المثال- من شعوره الشخصي بمظهره الخارجي أمام الآخرين ،وكذلك من المعلومات المتحصل عليها في صورته أمام المرآة ،وكذلك الخبرات المعيقة السالفة في المواقف الاجتماعية المتوافقة مع محتوى تلك المعتقدات المختلة و المشوهة و التي يعتنقها خلال المواقف الاجتماعية المحبطة "Distressing" (Schaltz,&Heimberg,2008,1209).

(٣)الدلائل الإدراكية و السلوكية و الانفعالية المتعلقة بحدة القلق ؛

طبقاً لنموذج رابي و هايمبرج يجب أن يتأثر التمثيل العقلي للذات بالأعراض الفسيولوجية التلقائية و بخاصة تلك الواضحة للعيان من قبل الآخرين كالتعرق البالغ أو احمرار الوجه حيث يراقب الفرد المضطرب اجتماعياً مظاهر التململ و الضيق و مسح الجبين ؛كما انه يبالغ في كيفية ظهوره أمام الجمهور لتقييم مدى كفاءته و لباقته الاجتماعية. يتضمن سلوك الأشخاص المضطربين اجتماعياً علاوة على ذلك جوانب القصور في السلوك الاجتماعي كالتلعثم و التي يبدو في صورة سلبية بالغة في التمثيل العقلي للمضطرب. يمكن اعتبار عوامل السلوك و الفسيولوجيا بالتالي عناصر لعملية التقدير الإدراكي الحادثة. اقترح رابي و هايمبرج بتضمين هذا التقدير الأفكار السلبية عن المكونات الداخلية للاستجابة المخيفة يتم تعزيزها عن طريق دورة لا توافقية تنشط في المواقف الإشكالية المشابهة (Schaltz,&Heimberg,2008,1209-1210).

تضمينات النماذج السابقة:

طبقاً لنماذج الفوبيا الاجتماعية التي تم تفصيلها يقوم المضطرب اجتماعيـاً بسوء تفسير المواقف الاجتماعية نتيجة لحيازتهم لمعتقدات مختلة وظيفياً عن أنفسهم وسلوكياتهم بصفة عامة. علاوة على افتراض أن الإفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية يشتركون في عمليات عقلية مختلة متباينة لتقليل أو أخفاء قلقهم حيث يناقش الباحثون حدوث أربع عمليات فسيولوجية تمنع المضطربين اجتماعياً من لاتأكيدية تلك المعتقدات (Heinrichs & Hoffmann,2001,765).

تم تمثيل تلك العمليات الفسيولوجية في السيناريو كالتالي:عندما يدخل الأفراد من ذوي الفوبيا الاجتماعية الموقف الاجتماعي يقومون بالعمليات التالية:

أولاً، بتحويل انتباههم لمراقبة و ملاحظة منفصلة عن ذواتهم بحيث ينتج هذا التحول الانتباهي وعي محسن للاستجابات المفزعة المخيفة نتيجة لتداخل معالجة الموقف الحادث مع الاستجابة السلوكية للآخرين لإنتاج معلومات مغلوطة وإنشاء انطباع ذاتي لأنفسهم؛

و ثانياً، يقومون بالعديد من سلوكيات الأمان الهادفة لتقليل مخاطر الرفض حيث تمنع سلوكيات هؤلاء المرضى من التقييم الناقد لمخرجاتهم الخوافية كالارتعاش اللاتحكمي و المعتقدات الكارثة كما أفترض كل من كلارك و ويلز بأن المضطربين اجتماعياً يظهرون قصوراً انتباهي ؛

و ثالثا ، يبالغون في التقييم السلبي لأدائهم من قبل الآخرين؛ و أخيراً، يقترح (Heinrichson & Hofmann) أنه قبل و بعد الدخول في الموقف الاجتماعي يفكر المضطربين اجتماعياً في الموقف بالتفصيل مع التركيز على مواقف الفشل السابقة، والصور السلبية لأنفسهم في الموقف،و التوقعات السلبية الأخرى عن الأداء الهزيل والرفض الذاتي (Heinrichs & Hoffmann,2001,766).

٧-اتجاه معالجة المعلومات الاجتماعية لدى المراهقين :-

تعتبر مرحلة المراهقة المتأخرة هي المرحلة التي تقابل مرحلة التعليم الجامعي ويتضح فيها النضج الجسمي بحيث تعد هذه المرحلة قمة الصحة و الشباب(حمدي شاكر ،١٩٩٨، ٢٤٦)، و يعتبر اتجاه معالجة المعلومات إطاراً مرجعياً للتفكير في درجة نمو المراهق و مظهراً لهذا النمو في نفس الوقت. يتضمن هذا الاتجاه أفكاراً حول كيفية عمل عقول المراهقين و أفضل الطرق لدراستها و كمظهر للنمو حيث تتغير الأوجه

المختلفة لمعالجة المعلومات عندما ينتقل الأطفال إلى الرشد خلال مرحلة المراهقة بحدوث تغيرات أساسية في الانتباه والذاكرة و كذلك في طريقة معالجة المعلومات (رغدة شريم،٢٠٠٩، ١١٣).

يشير (Steinberg) إلى أن الدراسات المتعلقة بالتغيرات الحاصلة في جوانب معينة لمعالجة المعلومات تؤكد على خمس مجالات يحدث فيها النمو خلال المراهقة هي:الانتباه ،والذاكرة ،وسرعة المعالجة ،والتنظيم ،وتحليل التفكير:أولاً، تتطور قدرة الأفراد على الانتباه"Attention"،حيث تتحسن القدرة على الانتباه الانتقائي ؛ فينتقل المراهقون من التركيز على مثير واحد كقراءة نص ما مع تجاهل آخر صوت قادم من الخارج إلى مفهوم الانتباه الموزع حيث يتوجب على المراهقين الانتباه إلى مجموعتين من المثيرات في نفس الوقت كالاستذكار – على سبيل المثال- مع الاستماع إلى الموسيقي. يعني التحسن في الانتباه أن المراهقين يصبحون أكثر قدرة على التركيز والاستمرار فيه لحين الانتهاء من المهمات المتباينة؛ ثانياً، تتحسن قدرات الذاكرة "Memory" أثناء المراهقة،ينعكس الانتباه على الذاكرة العاملة "Working Memory" التي تتضمن قدراتنا على تذكر شيء ما لفترة قصيرة من الزمن- في حدود ثلاثين ثانية- كذلك الذاكرة طويلة المدى"Long-Term Memory" وتعني هنا القدرة على تذكر شيء ما حدث منذ مدة طويلة وأهمية الذاكرة وقدرتها علي حل المشكلات. تشير الدراسات الباحثة إلى أن مهارات الذاكرة العاملة تزداد بالنسبة للمعلومات اللفظية والبصرية معاً بين الطفولة و المراهقة وعبر فترة المراهقة؛ ثالثاً، تزايد شفافية سرعة معالجة المعلومات"Speed of Information Processing"، فبغض النظر عن نمط المهمة المعرفية المستخدمة وجد الباحثون أن التلاميذ في مرحلة المراهقة المتأخرة يعالجون المعلومات الضرورية بشكل أسرع من الأفراد في المراحل المبكرة.من المؤكد أن هذه الحقيقة تساعد في تفسير الفروق العمرية في الأداء في الاختبارات محددة الزمن – كما هو الحال في اختبارات التحصيل المقننة؛ رابعاً، تطور الاستراتيجيات التنظيمية "Organizational Strategies" لدى المراهقين، فالمراهقون يصبحون أكثر قدرة على التخطيط ، و من المرجح أنهم يتعاملون مع المشكلة بإستراتيجية مناسبة لمعالجة المعلومات في أذهانهم ،مع درجة مرونة عالية في القدرة على استخدام استراتيجيات مختلفة في مواقف مختلفة. يساعد استخدام معينات التذكر و استراتيجيات التذكر الأخرى في تفسير الاختلافات في مستوى الأداء على مهام تتطلب استخدام الذاكرة بين الأطفال

الأكبر و الأصغر؛خامساً، تتحسن معرفة الأفراد بعمليات التفكير(التفكير بالتفكير"ما وراء المعرفة")، تفسر تلك النزعة الانشغال المرتفع بالذات حيث ينشغل المراهقون حول ذواتهم أكثر من الأطفال (Steinberg,2002,15).

٨-التغيرات في قدرات معالجة المعلومات لذوى الفوبيا الاجتماعية:-

بشكل عام يوضح اتجاه معالجة المعلومات أن ارتفاع الوعي بالذات لدى المراهقين ناجم عن التقدم في القدرات الأساسية لممارسة التفكير بأفكاره ؛ بالتالي يعتبر الوعي بالذات ظاهرة معرفية أكثر منها انفعالية بحيث يكون المراهق قادراً للمرة الأولي على التفكير.من المؤكد أن هذا التقدم لديه يعتبر نعمة لا نقمة نظراً لأن المراهقين أكثر قدرة على التفكير بأفكارهم الخاصة من ثم سيكونون أفضل في توجيه عمليات التعلم لديهم. يقربنا اتجاه معالجة المعلومات نحو فهم كيفية و طبيعة تفكير المراهقين بطرق أكثر تقدماً مما كانوا يفعلون وهم أطفال حيث يلقى الضوء على القدرات التي نمت لدى المراهقين التي يحتمل أنها تتسبب في نشوء وتزمن العديد من الاضطرابات الانفعالية لديهم وعلى الأخص اضطراب الفوبيا الاجتماعية.

لقد تم دراسة العديد من نماذج معالجة المعلومات الاجتماعية حيث افترضت غالبيتها أن الأفراد المضطربين اجتماعياً يكونون أكثر حساسية تجاه المعلومات المهددة التي تسهل معالجة الخطر؛ بالتالي تم التسليم بإظهار الأفراد المضطربين اجتماعياً انحراف تجاه المعلومات الاجتماعية المهددة (فرضية التيقظ المفرط" Hyper-Vigiiance "Hypothesis"). عرض (Foa & Kazak, 1986) فيما بعد أن الأفراد المضطربين اجتماعياً يميلون لمنع أو حتى التجنب الكامل للمعالجة البالغة للمعلومات المتعلقة بمضمون المعلومات المهددة بطريقة تعمل على إحداث التجنب المعرفي للمسارات المهددة (فرضية التجنب المفرط "Hyper-Avoidance Hypothesis") (Mogg et al., 1987, 1997). مؤخراً تم التكامل بين تلك الافتراضات المتناقضة في نموذج ذورحلتين للمعالجة المعلوماتية في دراسة(Mogg, Bradley, Bono,& Painter,1997). يقترح هذا النموذج أن الأفراد المضطربين اجتماعياً من ذوى التيقظ المفرط للمعلومات المهددة يتجنبون في المرحلة الأولية هذه المعلومات في مرحلة لاحقة(فرضية التيقظ المفرط-التجنب" Hyper-Vigilance Avoidance "Hypothesis") كدراسة(Amir, Foa & Coles,1998). تم اقتراح حدوث الانحراف في حال كون المعلومات المقدمة تمثل لب و جوهر الاضطراب النفسي (فرضية

الخصوصية"Specialty Hypothesis") فيظهر المضطربون بالقلق أداء مختــل كليــاً عندما يتم المعالجة المعلوماتية (Coiture, Heimberg, Holt & Liebowitz,1992) (Heinrichs & Hoffmann, 2001 ,752)؛ و من ثــم تتبــاين العمليــات العقليــة الأساسية من انتباه ،وتفسير و إصدار الإحكام ،و الذاكرة لدى ذوى الفوبيا الاجتماعيــة كما يلي:

أ- الانتباه(Attention):-

اقترحت دراسات الانتباه التي طبقت مهام شــحذ الإدراك أن المرضــى مــن ذوى الفوبيا الاجتماعية يستحضرون معلومات التهديد الاجتماعية بطريقــة انتقائيــة؛ لكــنهم يكبحون معالجة المعلومات المهددة اجتماعياً تحت ظروف القلق المرتفع بشكل يؤدي إلى تخزين غير كافي للمعلومات الاجتماعية و خلل في التمثيل الذاتي. تقترح أدبيات البحث أن اضطراب الفوبيا الاجتماعية يرتبط بحدوث انحراف انتباهي تجاه المعلومات المهددة اجتماعياً عندما يتم تقديم تلك الكلمات المحفزة في صورة كلامية. بالنــسبة للمؤشــرات التعبيرية يتم توجيه الانحراف بعيداً عن مصدر المعلومات المهددة عند الاعتماد علــى المتطلبات المتعلقة بالمهمة يمكن للأداء أن يتم منعه أو تدعيمه عن طريــق الانحــراف الانتباهي. يبدو من غير الواضح ما إذا كان الانحراف الانتباهي في اضطراب الفوبيــا الاجتماعية يعكس انحراف مرتبط بخلل عام من عدمه كدراسة (Mattia et al.,1993) أو أمكانية معالجة غير مختلة كدراسة (Maidenberg et al., 1996) حيــث يتطلــب المزيد من البحث عن الدور المحدد لسمة و حالة القلق لاستكشاف طبيعة تنشيط الهيكل الإدراكي. (Heinrichs & Hoffmann, 2001, 754).

ب-التفسير و إصدار الأحكام "Interpretation & Judgment":-

تؤثر التفسيرات أو الأحكام المتعلقة بمضمون التفاعل الاجتماعي مدى استعداد الفرد للدخول أو تكرار الدخول في الموقف الاجتماعي.علاوة على تأثير المعنــى المتعلــق بالموقف الاجتماعي على عمليات الانتباه و الذاكرة. أقترح(Foa & Kozak,1986)أن الاحتمالات بالغة الحدة والتكاليف البالغة للأنشطة والمواقف المهددة تلعب دوراً مهماً في تدعيم اضطرابات القلق بشكل عام. تقترح هذه الدراسة بأن الفوبيا الاجتماعيــة تتميــز بتقديرات بالغة في تكلفة حدوث المخرجات والعواقب السلبية للموقف الاجتماعي كأفكار مثل "سأشتعل خجلاً" أو "سيلاحظ الجميع أني متوتر".علاوة على أنه يعقــب المواقــف الاجتماعية عادة الغموض و اللاتأكيدية فالعديد من الاستدلالات الخاطئة لتلك المواقــف

الاجتماعية أكثر احتمالية لكي تحدث. تبدو انحرافات التقييم متضمنة في نشوء وتعزيز اضطراب الفوبيا الاجتماعية(Heinrichs & Hoffmann, 2001, 755).

باختصار يمكن التأكيد على أن الأفراد من ذوي الفوبيا الاجتماعية يظهرون انحرافات في عمليات التفسير وإصدار الأحكام تجاه المعلومات المهددة اجتماعياً؛على الرغم من تباين الدراسات الاجتماعية في كيفية وعملية إصدار الإحكام إلا أن بعض هذه التجارب تبحث تلك العملية باستخدام استبيانات ذاتية كدراستي(Foa et al ,1996;Lucock & Salkoviskis,1988;).بينما الدراسات الأخرى (Alden,1997;Amir et al ,1998;) استخدمت مهام إدراكية تجريبية (Heinrichs & Hoffmann, 2001,755).

ج-الذاكرة"Memory":

لقد تم افتراض بقاء التفسيرات المعرفية لجوانب التهديد في حالة نشاط جزئي داخل الذاكرة، بالتالي يفترض على الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية إظهار انحرافات في الذاكرة تجاه المعلومات المتعلقة بالتهديد الاجتماعي(McNally,1996)، كما في نموذج كلارك و ويلز(Clark & Wells,1995) فلقد فشلت الدراسات المتعلقة بالذاكرة في إيجاد أي دليل داعم لفرضية استدعاء المضطربين اجتماعياً المعلومات الاجتماعية المهددة بشكل مختلف عن المعلومات المحايدة الأخرى بحيث لا تزودنا بأي دليل على فرضية التخصصية"Specialty"؛ لكن لم يتم تحديد نوعية المشاركين سواء كانوا يعانون من النمط المحددة من اضطراب الفوبيا الاجتماعية أو النمط الإكلينيكي و كذلك المحفزات المهددة المستخدمة في هذه الدراسات. لقد توصلت هذه الدراسات إلى نتائج إيجابية تم تأكيدها عن طريق عينات شبه إكلينيكية لسمات مقبولة أو غير مرغوبة اجتماعياً. تقترح أدبيات البحث في عينة غير إكلينيكية إظهار الأفراد المضطربين اجتماعيا انحراف انتقائي للكلمات الاجتماعية المهددة لكن غير معلوم ما إذا كان هذا الانحراف ناتج عن عمليات انتباهية منحرفة أو عن طريق عمليات تخزين أو استرجاع و ما أذا حدث في سياق التقييم المتوقع من عدمه(Heinrichs & Hoffmann,2001 ,756).

باختصار يمكن القول بقيام الأفراد الأسوياء بالمعالجة المعلوماتية بنمط متباين عن الأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية على الأخص تجاه المعلومات المهددة في وقت استرجاع المعلومات المهددة بعرض مؤشر (اجتماعي- تقييمي) قاصر على الاهتمامات

المتعلقة بكيفية ظهور الشخص أمام الآخرين على الرغم من ظهور هذا الانحراف بشكل واضح في عينات لاإكلينيكية (Mansell & Clark,1999). افترض (& Mansell Clark) بوجود علاقة ارتباطية بين نظام تشفير المعلومات المتعلقة بالذات والحالة الاكتئابية التي يعانيها الأفراد بحيث يعكس محتوى تفكير الفرد عن ذاته.

في عينات إكلينيكية لم يتم أثبات أي انحرافات ظاهرة في الذاكرة المعانية "Semantic" عند استخدام تعبيرات الوجه"Facial Expression" كمثيرات في دراسة(Lundah & Ost, 1996) ،يظهر بالتالي الأفراد المضطربين اجتماعياً انحرافاً واضحاً في الذاكرة. أظهرت العديد من وجود انحراف في الذاكرة الانتقائية للمعلومات المهددة اجتماعياً قاصر على تفاعلات محددة لأنظمة الذاكرة و مواردها- على سبيل المثال- انحراف الذاكرة الضمنية للمواد المعانية أو انحراف الذاكرة التصريحية لتعبيرات الوجه حيث تم تعديل هذه المثيرات تبعاً لكل فرد بحيث تتضمن سياق اجتماعي تقييمي أثناء الاسترجاع (Hofmann,2000).

تتضمن نظرية (Beck & Emry,1985) - على سبيل المثال - بأنه كلما عانى الناس من درجات مرتفعة من القلق كلما تم تنشيط حالة قلق أكثر قوة و كلما زادت درجة الانحراف في المعالجة المعلوماتية حيث تم إيضاح وجود تباين في أسلوب معالجة المعلومات المهددة في مراحل متباينة من المعالجة(Mogg et al. , 1997)فيمكن للمعلومات المتعلقة بالتهديد أن يتم تعيينها لحظياً و من ثم تجنبها إدراكياً (Heinrichs & Hoffmann, 2001, 756-758).

أقترح(Mogg et al.,1997)في الدراسات المتعلقة بالذاكرة أن أكثر النماذج ملائمة لطبيعة البيانات و أسلوب معالجتها هو النموذج ذو المرحلتين التيقظ النشط/ التجنب(Hyper-Vigilance /Avoidance Hypothesis) حيث أظهرت العينات شبة الإكلينيكية حدوث انحراف في الذاكرة تجاه الصفات و السمات الاجتماعية سواء المرغوبة أو غير المرغوبة؛ لكن يبدو من غير الواضح ما إذا كانت عمليتي التخزين والاستدعاء أو خليط منهما قد تكونا مسئولتين عن تلك الانحرافات. يؤكد الدليل التجريبي على وجود أنظمة تشفير منفصلة للأنماط المعلومات المتباينة -على سبيل المثال- التعبير بالكلمات في مقابل الوجوه التعبيرية، بالإضافة لظهور انحراف في عمليات التخزين في سياق التقييم الاجتماعي أثناء الاسترجاع، بالتالي يُفترض وجود

تفاعـــل فـــي عمليـــات التخـــزين/الاســـترجاع "encode/recall" Heinrichs & Hoffmann, 2001, 763- 765).

٩-الارتباط بين الفوبيا الاجتماعية وجوانب العمليات المعرفية:

يؤكد المدخل ما وراء معرفي على الطبيعة الديناميكية لمعالجة الاضطرابات النفسية في النموذج المعرفي للفوبيا الاجتماعية بحيث يكون الناتج عبارة عن المعتقدات العامـــة والأفكار السلبية للعمليات ما وراء المعرفية المتحكمة في عملية استرجاع المعلومات من الذاكرة طويلة المدى(Recall)؛ بالإضافة إلى توجيه مركز الانتباه و تنفيذ استراتيجيات وأنماط فكرية محددة (Wells & Carter,1997). و يحاول الباحـــث بالإشـــارة إلـــى اضطراب الفوبيا الاجتماعية أن يوضح مدى ارتبـــاط الاضـــطراب النفـــسي بـــالتحكم المرضى للإدراك (Cognition)و كذلك بطبيعة المعتقدات ما وراء المعرفية. اشـــتملت نماذج الفوبيا الاجتماعية السابق ذكرها على العديد مـــن أشـــكال العمليـــات المعرفيـــة والانتباهية اللاتوافقية المتاح تصنيفها تحت ثلاث جوانب تتمثل كمـــا يلـــي:١)التركيـــز الانتباهي ،و٢) الانزعاج و الاجترار الفكري ،و٣)سلوكيات و استراتيجيات المـــسايرة (التأقلم) أحيانا يطلق عليها السلوكيات الداعية للأمان(Wells,1997,162)وفيمـــا يلـــي يفصل الباحث لكل جانب من تلك الجوانب.

أ- التركيز الانتباهي:-

يؤكد (Rapee & Heimberg,1997) على أن تركيز انتباه المضطرب اجتماعيـــاً على المؤشرات الخارجية المهددة والتمثيل العقلي الداخلي لذاته في صـــورة أعـــراض القلق الداخلية سواء الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية يساعد على تفاقم حدة القلق ويعزز من حدة القلق الاجتماعي ،ولكن يقترح الكاتبان بأن تلك العمليات لا تنشط بشكل منفصل عن الأخرى ولكن تتفاعل بشكل متكرر مع التغذية الراجعة -فعلي سبيل المثال- يحتمل أن يؤدي الفحص غير الموضوعي لسلوكيات الجمهور السلبية إلى ادراكات سلبية متعلقة بكيفية ظهورهم بشكل ممل أو في صورة الـــذات الـــسلبية(Heimberg & Becker, 2002,12).

تم إثبات علاقة ارتباطية إيجابية بين التركيز الانتباهي و النقص في درجة الانتبـــاه المرتكز على الذات بإتباع برنامج معرفي سلوكي للفوبيا الاجتماعية. كما أكدت العديـــد من الأبحاث التجريبية أيضاً على المحتوى المعاني للأفكار بتأكيد الإفراد المـــضطربين اجتماعياً على تكرار وتتابع مرتفع للأفكار السلبية بالمقارنة بالأفكار الايجابية في فتـــرة

المعالجة المسبقة بالمقارنة بالطلاب غير المضطربين من المجموعة الضابطة. بالإضافة إلى إظهار المضطربين درجة تكرار وتتالي مرتفعة للأفكار السلبية أثناء التفاعلات الاجتماعية مقارنة بالمجموعة الضابطة(Glass & Furlong, 1990).علاوة على ذلك أثبت (Stopa & Clark,2000)أن المرضى من ذوي الفوبيا الاجتماعية كانوا أكثر احتمالية لمعاناتهم من الأفكار السلبية الذاتية خلال التفاعل الاجتماعي بالمقارنة بالمشاركين من ذوي القلق المعمم وكذلك بالأسوياء.أخيراً أظهر المرضى بالفوبيا الاجتماعية معاناة أقل من أفكار سلبية مرتكزة على الذات بإتباع برنامج علاجي بالمقارنة بمرحلة ما قبل البرنامج العلاجي كما في دراسة(Hofmann,2000).

أشار(Hofmann,2000)إلى أهمية المحتوى المعاني للأفكار– سواء كان ايجابي أو سلبي أو محايد– في مرحلة ما بعد الموقف نظراً لوجود احتمالية كبيرة لان تتحول إلى صورة سلبية باعتبارها أكثر تمثيلاً وعلى الأخص في مرحلة ما بعد الموقف لدى المضطربين اجتماعياً لكن عند تجاهل تلك الأفكار بإمكاننا امتلاك درجة أكبر من الاهتمام تؤدي إلى تفعيل عمليات التفكير المتناقض.تميل الأفكار التناقضية إلى كونها أفكار عن "ما المتوقع حدوثه بعد وقوع الموقف الاجتماعي المهدد؟" و للتوضيح هناك نمطين رئيسيين من الأفكار التناقضية:أولها، الأفكار التناقضية المتزايدة "Upward"؛ وهي الأفكار المتعلقة بإمكانية جعل الموقف ربما يبدو أفضل و عادة ما تبدأ بعبارة "لو على الأقل كان حصل كذا و كذا " حيث أنها عادة ما تستخدم تلك الأفكار المتزايدة بعد وقوع الموقف التحكمي وعند إدراك فشل متحقق بالإضافة إلى ارتباط تلك الأفكار بالتأثير السلبي(Rosen & Olsen,1995)؛ و ثانيها الأفكار التناقضية المتناقصة "Downward"؛ و هي الأفكار المتعلقة باحتمالية جعل الموقف الاجتماعي أسوا و عادة ما تبدأ بعبارة"على الأقل فقد حصل كذا و كذا "حيث تم إثبات وجود علاقة ارتباطية بين تلك الأفكار و التفكير الايجابي و هو نفس الأسلوب الذي يتم فيه وصف نصف الكوب الفارغ أو الممتلئ (Kocovski et al., 2005, 980-982).

يزودنا التفاعل المعقد المتراكب بين المعلومات داخلية المصدر و الخارجية المصدر أثناء الموقف الاجتماعي بدليل على وجود قصور نتيجة للمعلومات المغلوطة من المصادر المتنوعة و عندها يوازن الفرد المضطرب اجتماعياً على احتمالية أن تكون النتائج المخيفة متحققة بالفعل (Rapee & Heimberg,1997). من أجل تحقيق هذا التوازن يقارن المريض بين تقييمه الذاتي الخاص مع اعتقاده بمظهره و سلوكه من

وجهة نظر الجمهور من جانب وما قد يظهره و يبديه من جانب آخر بالتالي لو اعتقد الشخص انه من غير المرجح موافقة تلك التوقعات سيكون أكثر استعداداً و قابلية على للمعاناة من الانزعاج و التقييم السلبي(Schaltz & Heimberg, 2008, 1210).

(١)الانتباه الداخلي"الانطباع الذاتي السلبي":-

لقد عرف (Ingram,1990)الانتباه المتمركز حول الذات بكونه وعي بالمعلومات الذاتية المتولدة داخلياً و التي تقف في اتجاه مضاد للوعي بالمعلومات المتولدة خارجياً والمستقاة من المستقبلات الحسية(Ingram,1990,156).بشكل عام يعتبر مفهوم التمركز حول الذات بشكل عام في مجال علم النفس العلاجي و أدبيات علم النفس الاجتماعي مفهوم مركب بحيث يمكن اعتباره إما عام أو خاص: فيتضمن التمركز الذاتي الخاص أهداف مستقلة و ذاتية بدون وجود أية اعتبارات من انفعالات الآخرين على سلوك الفرد، بينما يتضمن التمركز الذاتي العام- على الجانب الآخر-عدد من السلوكيات التي تأخذ في اعتبارها الانفعالات و الاحتياجات و الرغبات الخاصة بالآخرين و بالتالي تتأثر بهدف الوعي الاجتماعي و كيفية تأثير أفعال الفرد على ادراكات الآخرين لذاته(Mor & Winquist,2002). وفقاً لذلك يترابط التركيز الذاتي العام مع عملية المراقبة الذاتية الايجابية التكيفية بالتوازي مع التركيز الذاتي الذي يمكن اعتباره سمة أساسية للتركيز الذاتي المشترك في اضطراب الفوبيا الاجتماعية كافتراضات تقييم الآخرين لاحمرار وجه الشخص خجلاً أو تعرقه(Schaltz &) .Heimberg,2008,1211

يؤكد مفهوم التمركز حول الذات على أن المخاوف تعتبر معيبة و محبطة فيفترض هذا المفهوم أن التقييمات الذاتية المتعلقة بالفرد – المدركة من قبل الآخرين- تعمل على استفحال و تضخيم خبرة الفوبيا الاجتماعية، فقد يتملك أمرآة مضطربة اجتماعياً من منصة لكي تلقى محاضرة أمام جمهور محدود شعور انزعاجي اهتزازي قوي .(Schaltz,&Heimberg,2008,1208)

وفقاً لنموذج كلارك و ويلز يمكن اعتبار الانطباعات الذاتية السلبية بمثابة صور واضحة للذات كأن تتبنى المرأة هذا المنظور و تفعله- على سبيل المثال-أن تتخيل نفسها عضو من الجمهور و هي تهتز و ترتجف بعنف حيث تتمثل تلك الصورة الحية بشكل قهري فتبدو أمام الشخص بشكل يتوافق مع ما قد تعتقده أو تفكر فيه؛ فقد تفاقم

الصورة أو الانطباع السلبي من الموقف الاجتماعي بتوجيه الفرد لإدراك الخطر الاجتماعي بطريقة أكثر احتمالية لحدوثه (Schaltz, &Heimberg,2008,1208).

لقد أفترض– على الجانب الآخر – كل من رابي و هايمبرج بأن الانتباه المرتكز على الذات لا يعمل بنفس الآلية كنظام مغلق–على عكس نموذج كلارك و ويلز–حيث أكدا على صياغته في طبيعة سلوكيات الجمهور التي يتم إدراكها اجتماعياً.و افترضا أنه على الرغم من اعتبار الصورة الذاتية مركز الاهتمام خلال الموقف الاجتماعي إلا أنها في واقعها ترتكز على تكرار الذاكرة الاجتماعية المتطابقة والخبرات المتعلقة بالأعراض الفسيولوجية بحيث تقل احتمالية تنشيط تلك المدخلات للعمل بمفردها داخل دائرة مغلقة (Schaltz &Heimberg, 2008, 1214) .

افترض كل من رابي و هايمبرج في نموذجهم بأنه من الملائم وجود دليل على طريقة استدعاء الأنماط التصويرية –على وجه الخصوص – وجود ما يعرف "ببرمجة القلق" و وهي العملية التي تم وصفها في نموذج كلارك و ويلز (Clark & Wells,1995,70). بالتوافق مع تلك النتائج يواجه و يعاني المضطرب اجتماعياً الموقف الاجتماعي و يمارسه كصورة متكررة لنفسه بحيث تستحوذ تلك الحالة الانفعالية على التركيز الاستثنائي لانتباهه في ضوء المقابلة الاجتماعية التفاعلية الآنية نتيجة لعدم تحصله على المعلومات التصحيحية من المحيط الخارجي ربما يتمكن المضطرب اجتماعياً من تحديد درجة تقبله من جانب الآخرين حيث يتأمل صورته الذاتية من منظور الملاحظ للتوصل لاستنتاجات عن أدائه و لتحديد ما إذا كان الناتج الحادث – في هذه الحالة –التقييم السلبي قد تم إدراكه (Wells & Papageorgiou ,1999). من هذا المنطلق تعمل الاستجابة المخيفة تبعاً لنظام مغلق قائم على الذكريات السالفة مع الأعراض الحالية للقلق بحيث تؤدي إلى تعزيز المخاوف الاجتماعية نظراً لأن المضطرب في هذه الحالة غير قادر على رؤية حدوث النتائج المخيفة و التي لا يتم إدراكها واقعياً(Schaltz &Heimberg , 2008,1214).

(٢)الانتباه الخارجي"مراقبة التهديد المحيط":–

يقترح كلارك و ويلز في نموذجهما بأن خفض حدة الخوافات الاجتماعية للتهديد الاجتماعي الخارجي المحيط يؤدي إلى توجيه تلك الخوافات بشكل خاطئ لتكون أكثر قابلية لتفسيرها بشكل من عدم التوافق من قبل المضطربين اجتماعياً نتيجة للندرة النسبية للتفاعلات السلبية المفتوحة في غالبية التفاعلات الاجتماعية أو أن الكثير من تلك

الإشارات و الدلائل الخارجية يتم ملاحظتها بحيث يتم تفسيرها سلبياً. عادة ما تكون هذه الحالة واضحة في قلق التحدث العام "Public Speaking" أمام جمهور ما.يفترض على المستمعين أن يبدوا اهتمامهم بالمحادثة عن طريق الابتسامة أو تحريك الوجه – على سبيل المثال– من أجل ظروف المحاضرة أو الخطاب الملقى نتيجة لميل المضطربين اجتماعياً لتفسير غياب الاستجابات الانفعالية كالابتسامة – والإيماءة مع وجود الاستجابات الغامضة كالنظر إلى ملاحظات الفرد أو فصل الالتقاء البصري في الجمهور باعتبارها علامات لعدم الموافقة؛ بالتالي عند تقديم تلك الأفكار يتم محاكاتها من قبل الجمهور نتيجة للتركيز في الأفكار النابعة من العرض التقديمي (Clark, 2001, 410).

توضح دراسة (Christensen,2003) تأكيد نموذج كلارك و ويلز للفوبيا الاجتماعية ،و كذلك نموذج العلاقات الاجتماعية لكيني (Kenny,1994) على أن وجود المعتقدات السلبية حول كيفية فهم الآخرين تعتبر سبباً رئيسياً في الاضطراب؛ فيتيح هذا النموذج تحليل و ملاحظة العلاقات بين الأشخاص مع تقييم معدل القلق الاجتماعي. أوضحت نتائج هذه الدراسة أن مرضي الفوبيا الاجتماعية مقارنة بالأسوياء يكونون عصبيين و يشعرون بأنهم أقل قبولاً من الناحية الاجتماعية (أيمان فهمي عبد العظيم،٢٠٠٦، ٦٧).

اقترح كل من رابي و هايمبرج في نموذجهما بان النيقظ للمؤشرات السلبية الخارجية يعتبر مكون جوهري لاضطراب الفوبيا الاجتماعية و حتى للعملية نفسها. كما يساهم المكون الداخلي كمدخل حيوي في تركيز الذات ،و على الأخص أثناء صياغة التمثيل العقلي للذات كما هو ملحوظ من قبل الآخرين حيث يتضمن النموذج عنصر جوهري يكمن في حدوث تغيرات في طبيعة البيئة كسلوكيات الجمهور المؤثرة على الصورة أو التمثيل العقلي الذاتي للفرد(Schaltz, &Heimberg, 2008,1211).

(٣)تضمينات التركيز الانتباهي:

لقد صاغ (Clark & Wells, 1995) من جانب و (Rapee & Heimberg 1997,) من جانب آخر لنماذج تبدو متشابهة في تأكيدها على دور التمثيلات الداخلية للفرد المضطرب اجتماعياً خلال التفاعلات الاجتماعية. في الواقع لم يوضح كلارك وويلز هذه العملية تفصيلياً على الرغم من أن مجموعات البحث قد صرحت بشكل متكرر بأن التركيز الداخلي للذات كان أكثر أهمية في تجربة القلق و الأداء الهزيل

للأفراد المضطربين اجتماعياً (Clark,2001;Stopa & Clark,1993).علاوة على ذلك وصف كل من كلارك و ويلز تلك العملية باعتبارها "برنامج للقلق" بحيث تم اقتراح أن الاستجابة المقلقة تعتبر نظام مغلق لا يتم فيه إدراج معلومات مستحدثة جديدة قد تقلل من حدة الاستجابة(Clark,2001,70). تتوافق تلك التوقعات مع البيانات الدالة على وجود انحراف انتباهي للدلائل و المؤشرات المهددة في البيئة المحيطة (Schaltz, & Heimberg, 2008, 1210-1211).

ب-الانزعاج و الاجترار الفكري:-

يعاني المضطربين اجتماعياً من درجة مرتفعة من القلق عند توقع حدوث الموقف الاجتماعي، فقبل حدوث الموقف يتم مراجعة جميع التفاصيل التي قد تحدث في الموقف الاجتماعي من قبل المضطرب اجتماعياً. فبمجرد قيامهم بالتفكير في المواقف يكونون أكثر شغفاً حيث تميل أفكارهم إلى أن يتم التحكم فيها بإعادة تجميع مواقف الفشل السابقة عن طريق الصورة الذاتية السلبية خلال الموقف الاجتماعي و المؤشرات الأخرى المتعلقة بضعف الأداء أو الرفض الاجتماعي من قبل الآخرين (Clark, 2001,410-411).

قام(Martin & Tesser,1996)باستخدام مفهوم الاجترار الفكري "Rumination" بصورة أكثر اتساعاً للدلالة على أي نمط فكري يميل نحو التوارد والتكرار حيث يقترحان بأن الاجترار الفكري يعتبر نمط من الأفكار الواعية التي تحوم حول موضوع حيوي شامل يعاود الظهور في غياب المتطلبات المحيطة الفورية اللازمة لتلك الأفكار (Martin & Tesser,1996,7).

توجد خاصية أخرى لمكون الأفكار والمعتقدات المتضمنة في عمليات الاجترار الفكري تكمن في العلاقة بين التفكير التناقضي والفوبيا الاجتماعية حيث تركز دراسة (Kocovski et al.,2005,982) على أثبات فرضية حدوث درجة بالغة الارتفاع من التفكير التناقضي عند انخراط الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية في تفكير واقعي لما بعد الموقف. كما حاول(Roses, 1997)مناقشة مدى مساهمة نمط من التفكير التناقضي بأنماط متباينة من الألم النفسي و الأسى و ما إذا كانت هذه الأنماط تعكس خلل عام في عمليات مزمنة متوطنة. تم التوصل أيضاً إلى أن أنماط التفكير التناقضي لا يتم إيقافها بشكل تلقائي ولكنها تتمحور لتتحول إلى اجترارات فكرية مرضية لدى بعض الأفراد

ولكنه لا يمثل خلل في العمليات الوظيفية نتيجة للمراجعات والتوازنـات الطبيعيـة أو عمليات التنشيط و التثبيط (Roses,1997,144).

حتى الوقت الحالي لم يتم التحقيق التجريبي للعلاقة بين الفوبيا الاجتماعية و التفكير المتناقض على الرغم من أن الأفكار التناقضية المتزايدة تم ارتباطها بعدد من الحـالات الانفعالية السلبية كانفعالات ارتكاب الـذنب و الإحـساس بـالألم النفـسي (Mandel, 2003,139-155).أيضاً تم أثبات وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين التفكير المتناقض و الفوبيا الاجتماعية لدى مجموعة من الأفراد من ذوي التقدير الاجتماعي الذاتي المتناقض في مواقف الفشل الاجتماعي(Roses & Olsen,1993) (Kocovski et al., 2005 , 982). بالإمكان تعيين جوانب تلك المعالجات في نطاقين: المعالجات المسبقة"معالجـات ما قبل الموقف" و معالجات ما بعد الموقف":-

(١)المعالجات المسبقة "ما قبل الموقف":

لقد تم وصف حدة القلق المسبق في نموذج كلارك و ويلز باعتباره خاصية عامـة لاضطرابات الفوبيا الاجتماعية سواء المعممة أو المحددة فقد أكدت العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يتحصلون على درجة مرتفعة على مقياس الفوبيا الاجتماعية أبلغونـا بأن توقع الحدث المستقبل السلبي بشكل متكرر أسـوأ مـن حـدوث الحـدث المـؤلم ذاته(Hinrichsen & Clark,2003).عند الدخول في المواقف الاجتماعية المخيفة يقوم الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية بتنشيط المعتقدات المضطربة عن الكـائن الاجتمـاعي بشكل يؤدي إلى التصرف بداعي الفشل لخلق انطباع محبب،و يرتبط هذا الانطباع بنقله في اتجاه الانتباه إلى انتباه منصب على الذات. يمكن تفسير تلك المعالجات الذاتية فـي صورة الذات من منظور المراقب"Observer" حيث تبدو أعراض الانزعاج و الحيـرة و الفشل الأداء واضحة بشكل ملحوظ و عادة ما تمثل تلـك الـصورة بـشكل مبـالغ (Wells,2007,19).

تكشف الدراسات المتعلقة بطبيعة و عواقب معالجات ما بعد الموقف في كـل مـن نمـوذجي(Clark & Wells, 1995;Rapee & Heimberg,1997) عـن وجـود ارتباطات ايجابية بين كل من معالجات ما بعد الموقف و الفوبيا الاجتماعية بشكل يؤدي إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية المتشابهة. بالنظر إلى محتوى معالجات ما بعد الموقف نجد أن التلاميذ ذوي الفوبيا الاجتماعية (Shafran,2000) يرتبطون في أفكار سـلبية وغير عقلانية - فعلى سبيل المثال- قد يسأل التلاميذ أنفسهم ما الذي سيحدث من تلـك

الأفكار التي اعتقدتها قبل الدخول في الموقف المهدد بالمقارنة بالتلاميذ المنخفضين. تؤدي تلك المعالجات إلى استدعاء بالغ لمعلومات الذات السلبية(Mellings & Alden,2000) بالإضافة إلى زيادة توارد الذكريات السلبية عن مواقف الفشل الاجتماعي السابقة(Field & Morgan,2004) (McEvoy et al .,2009,618).

تم دراسة منبئات المعالجة المسبقة في إطار أربع أبحاث تجريبية باستخدام عينات من طلاب الجامعة و هي دراسات (Hinrichsen & Clark, 2003),(Mellings & Alden, 2000), (Mansell & Clark,1999),(Vassilopoulos,2005). فتوصل(Hinrichsen & Clark, 2003)إلى أن الأفراد مرتفعي و منخفضي الفوبيا الاجتماعية–قبل إلقاءهم خطاب أو عرض تقديمي معين – ينخرطوا في عمليات تندرج تحت المعالجات المسبقة كالتي تم تحديدها في المقابلات الشخصية ،ومنها:الانكباب على استرجاع مواقف الفشل السابقة ،أو الصور السلبية الذاتية ،أو التفكير عن ما الخطأ المتوقع حدوثه، أو حتمية تشوه الموقف الاجتماعي، أو سوء إدراك الذات تجاه الآخرين ،أو القيام بمهمة للإلهاء ألانتباهي. يؤدي الانخراط في تلك العمليات إلى حدوث ارتفاعات فارقة في درجة الانزعاج أثناء إلقاء الخطاب. قام أيضاً (Vassilopoulous,2005) بتكليف مجموعتين من الأفراد مرتفعي و منخفضي الفوبيا الاجتماعية قبيل القيام بإلقاء خطاب ما لبحث إمكانية الانخراط في معالجات مسبقة أو أداء مهمة للتشتيت الانتباهي حيث اخبر القائمين على تلك الممارسات في المجموعة التجريبية بمعاناتهم من مشاعر مقلقة أكثر تهديداً مع توقعهم لمظهر عام أكثر سلبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة (Vassilopoulos,2008,101).

يقترح(Vassilopoulous,2005)بأن الأفراد القلقين اجتماعياً – قبيل الدخول في الموقف الاجتماعي– يميلون للمراجعة التفصيلية عن المحتمل حدوثه، فبمجرد التفكير في الموقف الاجتماعي سيصبحون أكثر انزعاجاً و توتراً بحيث أن أفكارهم يتم السيطرة عليها عن طريق محاولات لـ :أ) تجميع مواقف الفشل السابقة (Clark&Wells,1995,74) ؛و ب)الصور السلبية لذواتهم في الموقف الاجتماعي المهدد ؛و ج) التوقعات عن ضعف الأداء الاجتماعي ؛و د)الرفض من جنب الآخرين. أحياناً تؤدي تلك الاجترارات الفكرية بالمضطرب إلى تجنب تام وكامل للموقف الاجتماعي (Vassilopoulos,2008, 99).

تلخيص المعالجات المسبقة

هناك العديد من الدلائل الداعمة معالجات مسبقة بالغة في اضطراب الفوبيا الاجتماعية حيث أكد (Vassilopolous,2004) في دراسته على وجود علاقة ارتباطية بين المعالجة المسبقة و الفوبيا الاجتماعية حيث لاحظ الباحث على اشتمال المعالجة المسبقة على اجترارات فكرية عن الحدث الاجتماعي الوشيك ذات الطبيعة التكرارية التطفلية بحيث تزيد من معدل القلق لدى الأفراد مع التداخل مع تركيزهم الانتباهي. للتعرف على أنماط العمليات المسبقة المحتملة في اضطراب الفوبيا الاجتماعية أجرى (Hinrichensen & Clark,2003) دراسة حالة للتأكيد على فرضية استدعاء مواقف الفشل السابقة لدى عينة كبيرة من الإفراد المضطربين اجتماعياً قبل الدخول في الموقف الاجتماعية المهددة حيث توصلت الدراسة إلى أن الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية في مقابل المنخفضين يقومون بأنماط العمليات التالية: ا)الانكباب المستمر على التفكير السلبي عن أساليب و طرق التجنب أو الهروب من الموقف الاجتماعي؛ ب)تضخيم الحدث المتوقع حدوثه في أثناء الموقف الاجتماعي؛ ج) الانخراط في سلوكيات أمان للتنبؤ بالتهديد المحتمل؛ د) توليد صور سلبية مشوهة من منظور المراقب عن كيفية ظهورهم في الموقف الاجتماعي المهدد (المخيف)(Vassilopoulos,2008,103).

يخلُص الباحث من الدراسات التي درست طبيعة المعالجات المسبقة في اضطراب الفوبيا الاجتماعية إلى نتيجتين أساسيتين:أولهما ،أن الأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية كانوا أكثر احتمالية للانخراط في عمليات عقلية مسبقة لمواجهة الأحداث المستقبلية المؤلمة بالمقارنة بالمنخفضين تتوافق تلك النتائج مع وجود علاقة ارتباطية ايجابية ملحوظة بين الفوبيا الاجتماعية والمعالجة المسبقة كما في دراسات (& Hinrichsen Clark,2003;Vassilopolous, 2004)، في مقابل توصل كل من(Kocovski et al., 2005) إلى عدم وجود دليل على أن المضطربين اجتماعياً كانوا أكثر احتمالية لاستخدام و تطبيق استراتيجيات مواجهة مشتتة للانتباه مقارنة بالأسوياء؛ و ثانيهما، أن الأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية استرجعوا ذكريات ذاتية ايجابية أقل بشكل ملحوظ عن مواجهة الأحداث المستقبلية بالمقارنة بالأفراد المنخفضين. تتوافق تلك النتيجة مع نتائج دراستي(Mansell & Clark,1999 ;Vassilopoulous,2004) حيث تؤيد كلتا الدراستان بشده فرضية استدعاء الأفراد منخفضي الفوبيا الاجتماعية المهام المثيرة للقلق بتنشيط نظرة أكثر ايجابية للذات الاجتماعية. يقترح (Mansell & Clark,1999,43)

بان الإدراكات الذاتية للأشخاص العاديين تتوافق مع مطالب الأداء الاجتماعي المتعلقة بالمهمة بحيث يميل المضطرب للشعور بالثقة في قدرتهم على النجاح بينما يفشل الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية –على الجانب الآخر– في الانخراط في العمليات الداعمة للذات؛ بالتالي يكونون أكثر احتمالية لكي تتملكهم شكوك حول قدرتهم على انجاز انطباعهم المأمول. تقود تلك المعتقدات والشكوك في الغالب الأفراد المضطربين إلى أفكار تجنبية أو هروبية من الموقف أو السلوك الاجتماعي.

على عكس النتائج السابقة اخبرنا (Hirsch & Clark,2004) بان الانخراط في معالجة مسبقة قبل وقوع الموقف الاجتماعي المهدد يساهم فعلياً في تخفيض درجة القلق لدى المجموعتين التجريبية و الضابطة بصورة متشابهة في عرض التوقعات المتعلقة بمحاولة التفكير في طرق التعامل مع/ضد مشكلات محددة أثناء الموقف الاجتماعي؛ بالتالي ما يميز الأفراد مرتفعي ومنخفضي الفوبيا الاجتماعية ليس الدرجة التي ينخرطون فيها في معالجة مسبقة و لكن القدرة على استخدام نفس المعالجة بأسلوب أكثر ايجابية للتعامل بفاعلية في الموقف الاجتماعي المرجع حدوثه. يتوافق هذا المفهوم مع الاعتقاد السائد بأن الأفراد من منخفضى الفوبيا الاجتماعية يتم تحفيزهم بجعل الأهداف من الموقف الاجتماعي أكثر توافقية و تحفيزاً كدراسة(Kim,2005) (Hirsch, Clark et al., 2006, 159-170).

(٢)معالجات ما بعد الموقف"المعالجات التشريحية":

ليس من الضروري أن يكون الهروب من الموقف الاجتماعي نهاية حاسمة للأفكار السلبية وللألم النفسي المصاحب؛ تتمثل طبيعة التفاعلات الاجتماعية في كون المضطرب اجتماعياً غير مستعد لاستقبال تعبيرات الوجه والإيماءات الدالة على التقبل من قبل الآخرين، بالتالي من المألوف قيام المضطرب اجتماعياً بإجراء عملية تشريحية تفصيلية للحدث فيما بعد. خلال تلك المراجعة يتم تجسيد و تخيل المشاعر المقلقة للمريض والإدراك السلبي للذات بصورة مستمرة كما حدث تفصيلاً خلال الموقف(Clark, 2001, 411). يزودنا هذا التوضيح بحقيقة استمرار بعض المضطربين اجتماعياً في معايشة الخجل لفترة طويلة حتى بعد خمود القلق.

في مقابل المعالجات المسبقة بالإمكان تحديد معالجات ما بعد الموقف باعتبارها الفترة التأملية التي يتم فيها الاعتماد على مواقف عدم الكفاءة و اللياقة و ارتكاب الأخطاء و عدم الكفاءة الاجتماعية – سواء كانت تلك المواقف واقعية أو تخيلية من قبل

المضطربين اجتماعياً– و غيرها من المعالجات الاجترارية في طبيعتها حيث يتم اعتبار الاستجابات المعرفية و السلوكية المشتتة للانتباه كعامل وقائي ضد الاستغراق في الأعراض الاكتئابية (Kocovski et al., 2005, 974-975). وفقاً لنظرية أنماط الاستجابة (Nolen-Hoeksema,1991,2004)تم توسيع هذه النتيجة لتشمل بُعد القلق و العمليات العقلية لدي المكتئبين كما في دراسة(Nolen-Hoeksema,2000)، فعلى سبيل المثال وجد في دراسة معملية أن عمليات الإلهاء و التشتيت الانتباهي تساعد في خفض القلق الطارئ بينما يساعد على العكس عنصر التفكير الاجتراري في إطالة حالة القلق، لم يتم التطرق التجريبي للعلاقة بين الفوبيا الاجتماعية و كلاً من الاجترار الفكري و التشتيت الانتباهي (Kocovski et al., 2005, 974-977).

تعتبر دراسة(Lundah & Sperling,2002) من الدراسات التي اهتمت بدراسة معالجات ما بعد الموقف على عينة إكلينيكية من المضطربين اجتماعياً باستخدام أسلوب الأجندة أو اليوميات "Diaries" لتقييم معالجة ما بعد الموقف حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود مستويات مرتفعة من تلك العمليات للإحداث الاجتماعية المتضمنة لتقييم سلبي بين المشاركين من مرتفعي الفوبيا الاجتماعية حيث تم اعتبار معالجات ما بعد الموقف في اليوم الأول مؤشر على حدوث المزيد من الارتفاع في اليوم التالي(Kocovski et al., 2005, 980).

تم دراسة منبئات معالجات ما بعد الموقف في العديد من الدراسات. ففي دراسة تقارن الأفراد من ذوي الفوبيا الاجتماعية بغيرهم من الأسوياء توصل (Abbot & Rapee,2004) أن الانخراط في معالجات ما بعد الموقف كان أكثر توقعاً عن طريق أعراض القلق الاجتماعي والتقييم الذاتي للأداء في مهام التحدث العلني كإلقاء خطاب. من المثير للاهتمام توصل أيضاً(Perini, Abbot, Rapee, 2006) لفكرة أن التقييم السلبي للأداء خلال الإلقاء العلني للأحاديث و الخطب يعمل كخط ربط ما بين الفوبيا الاجتماعية ومعالجات ما بعد الموقف كدراسة(Fehm, Schneider,& Hoyer,2007) (McEvoy et al., 2009,622).

توصلت دراسة(Kocovski & Rector,2007) أيضاً في عينة أخرى من التلاميذ أن معالجات ما بعد الموقف تم توقعها عن طريق عناصر القلق الاجتماعي والتفكير في الأعراض الخوافية وليس عن طريق الحساسية ضد القلق الاجتماعي الحادث ذاته.على الرغم من تأييد تلك الدراسات لنماذج الفوبيا الاجتماعية إلا أن تقييم معالجات ما بعد

الموقف تم في ضوء مهام تجريبية محددة بدلاً من مناسبات اجتماعية واقعية. في مقابل ذلك توصلت دراسة(McEvoy & Kingsep, 2006)و هي الدراسة الوحيدة التي حصرت تلك المخاوف والمواقف الاجتماعية إلى أن معالجات ما بعد الموقف تم توقعها قبل حدوث القلق الاجتماعي نفسه(McEvoy et al., 2009, 618).

يوجد أيضاً بُعد آخر للمعالجات التشريحية يتمثل في استرجاع و تذكر بعض القوالب السلبية الماضية لمواقف الفشل الاجتماعي المدرك حيث يتم إضافة هذه الصورة السلبية لقائمة من نماذج التفاعل الاجتماعي الفاشلة السابقة – مع العلم بأن نتيجة هذا التفاعل قد يكون محايداً من المنظور الخارجي للملاحظ العادي – بحيث يدعم و يقوي اعتقاد المضطرب بعدم الكفاءة الاجتماعية تجاه هذا الموقف،كمثال على ذلك المضطرب اجتماعياً في مناسبة على الغذاء أخبرنا بمدى حبه لتناول طعام ما، ولكن في المساء قد سمع من مضيفه بأنه يكره تناول نفس الطعام الذي يحبه؛ في هذه الحالة اعتقد الشخص أن تعليقه السابق أوحي له بكونه تافه و غير مرغوب من قبل مضيفه (Clark, 2001, 411).

توصل (Mellings & Alden,2000)إلى مساهمة معالجة ما بعد الموقف في عملية الاستدعاء المتتالي للمعلومات السلبية المعلقة بالذات، لكن مع ذلك لم يتوصل(Edwards et al., 2003)لعلاقة واضحة بين التفكير الاجتراري السلبي والانحراف في عمليات استدعاء المعلومات. كما قام (Field & Morgan,2005) بتقصي العلاقة بين معالجة ما بعد الموقف و ذكريات السيرة الذاتية حيث قاموا بتكليف مشاركين من طلاب الجامعة لمحاولة سرد موقف اجتماعي حديث مع تكليفهم بالتركيز بشكل كبير على الجوانب السلبية و آخرين في مجموعة أخرى للتركيز على الجوانب الايجابية الأخرى ؛و آخرين تم تكليفهم بسرد الموقف أثناء قيامهم بمهام مشتتة للانتباه؛ بعدها طُلب من المشاركين استدعاء تلك الذكريات في فترة لاحقة لمعالجة ما بعد الموقف. توصلت الدراسة إلى أن المشاركين من مرتفعي الفوبيا الاجتماعية قاموا باستدعاء ذكريات أكثر سلبية و إخجالاً بالمقارنة بالمنخفضين بغض النظر عن الفترة الزمنية المستغرقة في المعالجة(Kocovski et al., 2005, 978-979).

من ثم يخلص الباحث إلى أن معالجات ما بعد الموقف تحدث تالية علـــى الإحـــداث الاجتماعية الأليمة مع ارتباطها بشدة القلق المدركة أثناء الموقف الاجتماعي كمـــا فـــي دراســــات((Lundah & Sperling, 2002), (Rachman et al., 2000)، (Edwards et.al, 2003)؛ فلربما تؤدي معالجات ما بعد الموقف إلى تخزين مكثـــف و تصلب في المعلومات السلبية المتعلقة بالـــذات (Kocovski et al., 2005, 979). بالنظر إلى معالجات ما بعد الموقف نجد أن المشاركين من مرتفعي الفوبيا الاجتماعيـــة ينخرطون في أفكار سلبية و غير عقلانية –على سبيل المثال– يسألون أنفسهم ما الـــذي سيحدث من تلك الأفكار بالمقارنة بالمنخفضين. أكدت العديد من الدراسات التجريبية أنه بالمقارنة بالتلاميذ منخفضي الفوبيا الاجتماعية تؤدي معالجات ما بعـــد الموقـــف إلـــى استدعاء بالغ للمعلومات السلبية المتعلقة بالـــذات(Millings & Alden,2000) مـــع تكـــرار الـــذكريات الـــسلبية عـــن مواقـــف الفـــشل الاجتماعيـــة الـــسابقة(Field &Morgan,2004) و لكن لم تجمع تلك الدراسات على وجود انحرافات فـــي أثنـــاء عملية الاستدعاء لتلك الأحداث و الذكريات(McEvoy et al., 2009, 617).

ج–سلوكيات و استراتيجيات الأمان:–

تقترح نماذج الفوبيا الاجتماعية بأن المظاهر السلوكية غير اللائقة المتسببة نتيجـــة القيام بعض استراتيجيات المسايرة اللاتوافقية يعول عليها جوانب العجز الاجتماعي في المهارات الاجتماعية لمرضى الفوبيا الاجتماعية. لكـــن يـــشير (Foa et al.,1999)– على الجانب الآخر– في نموذجهم بأن المهارات الاجتماعية قد تكون سبباً و نتيجة فـــي نفس الوقت كالمعتقدات السلبية عن التفاعلات الاجتماعية لوجود تغذية مرتدة سلبية من البيئة الخارجية، ربما تقودنا المهارات الاجتماعية لنشأة تقييم سلبي من البيئة المحـــي يزيد من درجة الحساسية للتقييم السلبي(McEvoy & Perini ,2009 ,521-522).

صرح (Rachman,1998,43) في كتابـــه المُعنـــون(القلـــق كـــسلوك تركيبـــي) "Anxiety: A modular Course" بأن البشر ينخرطون في تصرفات آمنـــه ســـواء أكانت عقلية أو جسمية سواء داخل الأحداث أو المواقف الأكثر تهديداً فعادة ما تؤتي تلك التصرفات بنتائج قيمة .لقد اقترح (Salkovskis,1996) أن المرضى الذين يفشلون في الاستفادة من الكارثة الاجتماعية غير الحادثة ينشغلون في ســـلوكيات داعيـــة للامـــان مفترضين أنها تمنع أو تحد من الكارثة المخيفة ،بالتالي حتـــى ولـــو فـــشلت الكارثـــة

الاجتماعية في الوقوع فإن ذوي الفوبيا الاجتماعية عادة ما يعزون عدم وقوع الكارثة الاجتماعية إلى وجود سلوكيات الآمان عوضاً عن طبيعة الموقف الفعلية. كما يتفق معه (Clark & Wells,1995)حيث حددا أربعة خصائص لسلوكيات الآمان هي:

(أ) على الرغم من أن مفهوم سلوكيات "Behaviors" يعني العديد من الأفعال الداعية للامان باعتبارها عمليات عقلية استبطانية يخاف المرضى من ذوي الفوبيا الاجتماعية من الشعور بعدم منطقية ما يقولونه أو أن يبدو كالأحمق أمام الآخرين. فعادة ما يخبرونا المرضى عما يتذكرونه مما تلفظونه مع المقارنة بينه و بين ما سيقولونه أمام الآخرين أثناء تحدثهم حتى و لو مر كل شي في سياقه الطبيعي؛

(ب) بسبب تنوع درجات المخاوف الاجتماعية عادة ما ينشغل المضطرب اجتماعياً باستخدام و تطبيق العديد من الاستراتيجيات و السلوكيات الآمنة أثناء تواجده في المواقف المخيف-على سبيل المثال- المضطربة اجتماعياُ التي تخاف من أن ظهور احمرار وجهها خجلاً وعلى الأخص أثناء التحدث لرجال تعتقد في قراره نفسها أنهم يرونها جذابة. يمكن تحديد ثلاث جوانب خوافية متعلقة بالخوف الظاهر على وجهها: أولاً،خوفها من الاحمرار خجلاً؛ و ثانياً ،خوفها من ملاحظة الآخرين لهذا الاحمرار؛و ثالثاُ،خوفها من تقييم الآخرين السلبي نتيجة هذا الخجل بالتالي تستخدم سلوكيات أمان متنوعة لمحاولة منع كل ناتج خوافي.

(ج) تستطيع سلوكيات الأمان أن تولد الأعراض التي قد يخاف منها المضطربين اجتماعياً -على سبيل المثال-أن الأسلوب الذي يتلفظه المضطرب أثناء قيامه بعرض تقديمي قد تجعل من الصعوبة الاستمرار في العرض التقديمي. فتبدو في ذهنه فكرة "يعتقد الآخرون أني غبي /ممل". في ضوء هذه الخاصية بإمكاننا استنتاج أن غالبية السلوكيات الآمنة تنبع نتيجة زيادة الاهتمام المنصب على الذات وعمليات المراقبة الذاتية بالتالي زيادة بروز الصورة الذاتية السلبية للفرد بحيث تقلل الاهتمام على السلوكيات الأخرى. تستطيع بعض سلوكيات الأمان أن توجه اهتمام الآخرين وانتباههم لشخص المريض-على سبيل المثال-السكرتيرة التي تخفي وجهها عن طريق ذراعها نتيجة لاحمرار وجهها تكشف أن زملائها في العمل أكثر رغبة في رؤيتها نتيجة لهذا التصرف بينما قد لا ينجذبون للاحمرار في وجهها في الوضع الاعتيادي.

(د) تؤثر بعض سلوكيات الأمان على الآخرين بحيث يؤكد وجود تلك المخاوف الاجتماعية المزعجة ولو بشكل جزئي.فعلى سبيل المثال يمثل المضطربين اجتماعياً

بشكل مستمر ما تلفظه من كلمات و كيفية إدراكهم لما تم الاستماع إليه فعادة ما تظهرهم هذه السلوكيات كأنهم معزولين و مشغولين البال. بطريقة مشابهة بإمكـان المجهـودات المبذولة لإخفاء عملية القلق أن تجعلهم يظهرون بشكل متعجرف و غيـر ودود ؛علـى الجانب الآخر يقوم الحاضرين بتفسير هذا السلوك باعتبار أن المضطرب اجتماعيـاً لا يكن الحب لهم، بالتالي يستجيبون بطريقة أقل حميمية(Vassilopoulos,2008,101).

في دراسة أخري أكد (Stopa & Clack,1993) أنه باستطاعة المرضى من ذوى الفوبيا الاجتماعية أن يبدون أكثر مرونة و حميمية فظهور هذا السلوك المتعجرف يكون نتيجة لنقصان وعجز المهارات الاجتماعية؛على العكس من ذلك يقترح كل من كـلارك وويلز أن لغالبية المخاوف الاجتماعية قدرات و مهارات اجتماعية متوافقة مـع تمثـل جوانب القصور البارزة في الإجراء الاجتماعي بشكل بسيط في جانب ملحوظ من تلـك السلوكيات الداعية للامان و التوازن النفسي(Clark, 2001,408-409).

تضمينات سلوكيات و استراتيجيات الأمان

يؤدي التركيز البالغ على الخبرات الداخلية -على سبيل المثال-الصور و الاستبطان الداخلي والأحوال السلبية بالفرد المضطرب اجتماعياً لإدراكه السلبي تجاه ذاته بالتالي ينخرط في نطاق عريض مـن الـسلوكيات التعويـضية – مـا يعـرف بـسلوكيات الآمان(Clark,2001;Clark & Wells,1995;Wells et al., 1999). تؤكد نتـائج العديد من الدراسات على أن الأفراد مرتفعي القلق كان أكثر احتمالية للانـسحاب مـن الموقف السلبي المتوقع مقارنة بـالأفراد المنخفـضين فـي لعديـد مـن الدراسـات (Vassilopoulos, 2005); Hinrichensen & Clark, 2003);(Cornwell, Johnson, Bernardi & Grillan,2006) حيث دلت سجلات المقابلات الشخـصية إلى توجيه سلبي للأفكار عن الكارثة الاجتماعية المحققة بمقارنة توقع القيام بالتحـدث العلني في مقابل توقع الحدث المحايد حيث وجدوا أن توقع التحدث العلني أثار استجابات فسيولوجية أقوى عن توقع الحدث المحايد (Schaltz,& Heimberg, 2008,1207). كما يستخدم الأفراد المضطربين اجتماعياً سلوكيات أمان ظرفية كاستراتيجيات مـسايرة الغرض منها تقليلْ خطر التقييم السلبي من قبل الآخرين(Wells et al.,1995). يمكن اعتبار تلك السلوكيات -على سبيل المثال – متعاكسة فقد يبدو الـشخص المـضطرب اجتماعياً شخص غير ودود لتجنبه الالتقاء البصري وهو ما قد يفسره الآخرون باعتباره سلوك مضاد أو معارض(Vassilopoulos,2008, 99).

١٠- الارتباط بين الفوبيا الاجتماعية و أبعاد المعتقدات و الاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقية:-

قام (Wells,1995) بإجراء صياغة لحالة شخص من المضطربين اجتماعياً (٢٣عام) تم تشخيصه بالمعاناة من القلق في المواقف الاجتماعية حيث يخاف من أن يبدو منزعجاً و غريباً أمام الآخرين وعندما تم سؤاله عن آخر خبرة اجتماعي عانى فيها من خبرة القلق أجاب بأنه قد تملكه شعور بالقلق قبل حضور الجلسة العلاجية؛ كما تم سؤاله عن ما الذي اعتقده و لآي فتره زمنية مسبقاً و أخبره العميل بأن حاول مراراً و تكراراً توقع ما المحتمل أن يكون عليه الموقف مع تسميع إجابات تتعلق بالأسئلة العويصة التي قد يلاقيها؛ تم سؤاله أيضاً عما إذا كان يلقى اهتماماً أكثر لذاته أو للبيئة والمحيط الخارجي أثناء الجلسة و أبلغه العميل بأنه يلقى انتباهه أكثر لذاته أو البيئة والمحيط الخارجي أثناء الجلسة كما أنه يلقى انتباهاً أكثر لذاته في بداية الجلسة و على الأخص على مظهره الشخصي تجاه المعالج بحيث يبدو و يظهر في مظهره الطبيعي عن طريق التحكم في السلوك.عند صياغة الحالة العلاجية لهذا المريض بدت بوضوح جوانب المتلازمة المعرفية الانتباهية في عنصر استمرار توارد الانزعاج و التوتر في شكل قلق مسبق كما تضمنت المتلازمة جانب مراقبة التهديد الانتباهي في عنصر التركيز على انطباع للذات و سلوكيات مواجهة لمحاولة الظهور بالمظهر الاعتيادي.

يقترح (Wells,2000) – في ضوء هذا الأمر- بأن المعتقدات ما وراء المعرفية تلعب دوراً جوهرياً في تفعيل النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات و عمليات الاجترار الفكري المرتبطة بالاختلال الوظيفي و الانفعالي. يدعم أيضاً دليل تجريبي قوي فكرة تحول المعتقدات ما وراء المعرفية كمعتقدات الكفاءة المعرفية(الثقة في عمليات الانتباه والذاكرة)،و معتقدات الخطورة واللاتحكمية الفكرية، ومعتقدات الحاجة للتحكم الفكري حيث ترتبط بشكل ملحوظ مع عمليات التحكم الانتباهي. تترابط المعتقدات عن اللاتحكمية و الخطر والحاجة للتحكم الفكري أيضاً بدرجة مرتفعة مع أعراض أكثر شدة اضطراب الفوبيا الاجتماعية وكذلك الاكتئاب بشكل عام. كما ارتبط أيضاً المقياس الفرعي للثقة المعرفية"Cognitive Confidence" ارتباطاً ملحوظاً مع المعالجة المسبقة و أعراض كل من القلق الاجتماعي والاكتئاب (Wells,2000,23).

أ-المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة:-

تتضمن ما وراء المعرفة المعتقدات و التقديرات المعروفة عن التفكير التي يتم إصدارها لتوجيه الفرد على النمط المفترض عليه اتخاذه و الأسلوب الذي يتم بموجبه معالجته لأفكاره (Wells, 2000);(Wells & Matthews,2006). على سبيل المثال يقترح كل من (Wells & Carter,2001) ،وكذلك (Wells,2000) في اضطراب القلق المعمم (GAD) بأن تحفيز المكون الايجابي لما وراء المعرفة كأفكار "يساعدني الانزعاج على تجنب مشكلات في المستقبل" يساعد على الانخراط و المشاركة في الموقف الاجتماعي بينما المكون السلبي كأفكار"عندما أنزعج فإنني لا استطيع التوقف عنه" يساعد على تحفيز عمليات التفكير الاجتراري. بنفس الطريقة من المقبول التأكيد على تأثير المكونات ما وراء المعرفية في تعزيز اضطراب الفوبيا الاجتماعية. افترضت العديد من الدراسات التجريبية بمعاناة الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية بشكل مطلق من هذا النوع من المعتقدات(Field & Morgan,2004)؛ كما أكدت العديد من الدراسات على أنها تؤدي إلى مزيد من الانزعاج و الألم النفسي كدراستي Abbot &) Rapee,2004)، و(Rachman et al. , 2000) (McEvoy et al., 2009, 618).

دلت نتائج دراسة(Cartwright-Hatton & Wells, 1997)على وجود ارتباطات إيجابية بين المقاييس الفرعية لأبعاد ما وراء المعرفة ومقياس سمة القلق بنسب تتراوح من (٠,٢٦) إلى(٠,٧٣)؛ كما ارتبط أيضاً كل مقياس فرعي بشكل إيجابي مع مقياس الوساوس بنسب تتراوح من (٠,٧٣) إلى(٠,٤٠) وقائمة القلاقل الاجتماعية والصحية بنسب تتراوح من(٠,٦٩) إلى(٠,٢٠)وعلى الأخص على المقياس الفرعي لبُعد المعتقدات السلبية المتعلقة اللاتحكمية وخطر الأفكار (Cartwright-Hatton & Wells, 1997).توصلت دراسة(Wells & Carter,2001) أيضاً إلى تأكيد معاناة الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية من معتقدات وأفكار ما وراء المعرفية بالغة لديهم عن القلق مقارنة بمجموعة ضابطة من غير المضطربين، لكن كان وجود تلك المعتقدات أقل حدة عن ذوي الاكتئاب(Depression) أو اضطراب القلق المعمم(GAD).

بالتناقض مع نموذج(S-REF) تظهر المعتقدات ما وراء المعرفية تأثير أقل في اضطراب الفوبيا الاجتماعية عن غيره من الاضطرابات الانفعالية الأخرى بحيث تتوافق هذه الفرضية مع فرضية (Wells &Carter,2001)التي تزعم بأن الأفراد المضطربين اجتماعياً يقرون بوجود الأفكار ما وراء المعرفية لكن بشكل أقل قوة عن الأفراد من

ذوي اضطراب القلق المعمم (GAD) والاكتئاب عوضاً عن التأكيد على عدم استهداف البرنامج العلاجي ما وراء معرفي بشكل مباشر لكن إحداث بعض التغيرات في بعض البناءات المختلة من ثم فلا توجد علاقات ارتباطية ملحوظة بينها. قد تساعد العديد من الدراسات المستقبلية في إيجاد علاقة ارتباطية ما بين المعتقدات ما وراء المعرفية (الايجابية و السلبية) ومعالجات ما بعد الموقف(PEP). يوجد سبب آخر مساند لفكرة عدم وجود علاقات ارتباطية بين المعتقدات ما وراء المعرفية و الفوبيا الاجتماعية تبدو في أن مقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30) لم يكن بالحساسية المثالية لفحص المعتقدات ما وراء المعرفية المتضمنة لاضطراب الفوبيا الاجتماعية المؤكدة على وجود قلق. قد يكون الأمر بسبب أن المستجيبين لتلك المعتقدات لم يدركوا القلق بشكل متباين عن معالجات ما بعد الموقف (PEP) (McEvoy et al., 2009, 621).

بحثت دراسة (McEvoy et al., 2009) بُعدين من أبعاد ما وراء المعرفة:الوعي الذاتي المعرفي (Cognitive Self-Consciousness)"بمعنى الميل إلى مراقبة عمليات التفكير"؛ و كذلك اللاتحكمية الفكرية (Uncontrollability of thoughts)" بمعنى الوعي بعدم القدرة على التحكم في الأفكار"على الرغم من عدم وجود تباينات ملحوظة عن المجموعة الضابطة في إطار المعتقدات المتعلقة بحل المشكلات إلا أن نتائج هذه الدراسة تؤكد على الدور المحتمل للمعتقدات ما وراء المعرفية في نشوء و تعزيز الفوبيا الاجتماعية حيث توصلت الدراسة إلى وجود تغيرات ملموسة في أبعاد الوعي الذاتي المعرفي و اللاتحكمية و خطورة الأفكار وحدوث ارتباطات ايجابية بين المقاييس الفرعية لمقياس ما وراء المعرفة و التغير في أعراض الاكتئاب(McEvoy et al.,2009,619,620).هذا الارتباط غير قاصر على اضطراب الاكتئاب فقط ولكن العديد من الاضطرابات الأخرى كالقلق المعمم(GAD) (Wells & Carter,2001) (Ruscio & Borkovec,2004) واضطراب الوسواس القهري (OCD) (Wells & Papageorgiou,1998) واضطراب قلق ما بعد الصدمة(PSTD) (Holeva et al.,2001) إلا أنه يستلزم إجراء العديد من الدراسات لبحث نطاق عريض من المحتوى ما وراء المعرفية لاستكشاف العلاقات بين ما وراء المعرفة الجوانب اللاتوافقية في اضطراب الفوبيا الاجتماعية (McEvoy & Perini,2009,528).

ب-الاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقية:

(١)التركيز الانتباهي:-

يوجد دليل قوى داعم على أن المعتقدات ما وراء المعرفية ارتبطت بعمليات التحكم الانتباهي،وأن كانت عمليات التحكم الانتباهي مرتبطة من جانب آخر بجوانب المعالجات المسبقة وما بعد الموقف وأعراض سمة القلق الاجتماعي من جانب آخر. يوجد دليل مؤكد على وجود ارتباط ما بين التغيرات في المعتقدات ما وراء المعرفية والتغيرات في عمليات التحكم الانتباهي والمعالجات المسبقة ومعالجات ما بعد الموقف. هناك أيضاً دليل متوافق على وجود ارتباط بين انخفاض عناصر اللاتحكمية والخطورة ما وراء المعرفية مع انخفاضات في أعراض الاكتئاب و لكن كانت بدرجة أقل مع اضطراب الفوبيا الاجتماعية (McEvoy & Perini,2009,521).

(٢) الاجترار الفكري:-

توصلت دراسة (Kocovski et al.,2005) أن المشاركين في المجموعة مرتفعة الفوبيا الاجتماعية كانوا أكثر قابلية لامتلاك أفكار ترتكز على الجوانب السلبية للموقف الاجتماعي عن غيرهم من الأفراد في المجموعة المنخفضة. توصلت أيضاً هذه الدراسة إلى أن الأفراد المضطربين اجتماعياً مقارنة بمرضى اضطراب الفوبيا الاجتماعية المعمم كانوا أكثر قابلية لإخبارنا عن معاناتهم من أفكار سلبية قبل و أثناء و بعد المشاركة في المواقف الاجتماعية حيث ترتبط الأفكار المتناقضة المتزايدة كالأفكار عن جعل الموقف الاجتماعي أكثر اختلافاً أو صحة مع الحالات الإدراكية السلبية بشكل يدعم التأثير السلبي (Roses,1994). توصلت أيضاً دراسة (Roses & Olsen,1995) إلى أن الأفكار المتزايدة تحدث عادة بعد الفشل الاجتماعي كما انه من المحتمل للأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية تخيل المواقف الاجتماعية بالمقارنة بالعاديين. تتوافق هذه النتيجة مع النماذج المعرفية للفوبيا الاجتماعية حيث يميل الأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية نحو الإدراك السلبي للأداء(Rapee & Heimberg,1997) بالتالي فمن المحتمل أن المشاركين كانوا قد تخيلوا أنفسهم فاشلين في أثناء القيام بالعرض التقديمي أو الحفلات السابقة حيث قاموا بتسجيل أفكار عن كيفية جعل الموقف الاجتماعي أفضل(أفكار تناقضية متزايدة)(Kocovski et al., 2005, 979-982). تشتمل عناصر الاجترار الفكري كما سبق القول تحت بُعدين هما: المعالجات المسبقة ،ومعالجات ما بعد الموقف.

أولاً: المعالجات المسبقة:

وفقاً لنموذج كلارك و ويلز يقوم الأفراد المضطربين اجتماعيـاً بـالانخراط فـي معالجات مسبقة نتيجة للتعلق واسترجاع المعلومات السلبية مع أنشاء الصور الـسلبية عن الحدث المتوقع؛ فقد أبلغنا كل من(Mansell & Clark,1999) بأن الأفراد مرتفعي القلق كانوا أكثر احتمالية لاستدعاء الكلمات السلبية المتعلقة بذواتهم الملحوظة عند توقع القيام بعرض تقديمي بالمقارنة بالأفراد المنخفضين.توصلت دراسة إرشادية أخرى إلى أن الإفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية أبلغونا بتفكير أكثر فداحة عن المخرجات المتوقعة من المنخفضين;(Hinrichsen & Clark ,2003) (Vassilopoulous,2005). كما تشير سجلات المقابلات الشخصية توصل كل مـن (Hinrichsen & Clark,2003) لفكرة توافر الأفكار الكارثية بين ذوي الفوبيا الاجتماعية بحيـث اعتمـدت الدراسـات السابقة على الاستجابات الفسيولوجية للقلق المـسبق لعمـل إطـار مفـاهيمي للفوبيـا الاجتماعية(Geh,2009,15-19).

بالتوافق مع النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظـيم الـذات (S-REF) فـإن معتقـدات اللاتحكمية والخطورة ما وراء المعرفية كانت أكثر ارتباطاً مع معالجات ما بعد الموقف وبدرجة أقل عن المعالجات المسبقة؛تؤكد هذه الارتباطات على تقبل المضطربين لتلك الأفكار فهم لا يلبثون في الاعتقاد بأنهم يحتاجون لأساليب و طرق تبدو غيـر مجديـة للانخراط في اجترارات فكرية-على سبيل المثال-التحكم في هذه الأفكار؛ بالتالي يقـل ارتباطهم بتلك المعالجات. تتوافق هذه النتيجة مع ما وصـفه (Wells,2005) بمفهـوم تجزئة التيقظ الذهني الذي يتضمن أربع عناصر أساسية هي:١) ما وراء الوعي "إدراك الأفكار"؛و ٢) اللاتمركز الإدراكي"الانتباه مرن و غير متمحور حول موقف بعينـه"؛ و ٣) المعالجة الإدراكية المنخفضة"مستويات منخفـضة مـن التقـديرات و التحلـيلات المعانية"؛ و٤) المواجهة منخفضة المستوى"أهداف تجنب أو إزالـة التهديـد". يكمـن التطبيق الإكلينيكي لهذه الاستراتيجيات في خفض الاجترار الفكري المرتبطـة بفنيـات تجزئة التيقظ الذهني(Detached Mindfulness) فالسعة الإدراكيـة/الانتباهيـة تـم تخصيصها لاستراتيجيات مواجهة أكثر تكيفية-على سبيل المثال-استحضار المعلومات الخارجية الغير متوافقة مع المعتقدات السلبية و التي ربما من جانبها تترابط مع أعراض طلب المساعدة(Wells,2005)(McEvoy et al.,2009, 620).

ثانياً:معالجات ما بعد الموقف:

أجرت (Casswell,2006) دراسة موضوعها "العلاقة بين الفوبيا الاجتماعية والمعتقدات ما وراء المعرفية و معالجات ما بعد الموقف " دلت نتائج هذه الدراسة على امتلاك الأفراد المضطربين اجتماعياً لسلسلة من المعتقدات و الافتراضات المختلة وظيفياً حيث تم أثبات وجود علاقات ارتباطية بين تلك المعتقدات و الألم النفسي(Clark et al., 1999). كما أكدت الدراسة على امتلاك النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات أساس تجريبي انطباعي قوي يؤدي إلى تطور النموذج ما وراء معرفي للاضطرابات النفسية (Wells, 2009). أظهرت نتائج عن وجود علاقة ارتباطية قوية بين الفوبيا الاجتماعية و معالجات ما بعد الموقف؛ كما اتضح أن بُعد المعتقدات السلبية عن معالجات ما بعد الموقف على استبيان معالجات ما بعد الموقف "Metacognitions about Post-Event Processing Questionnaire (MPEP-Q)"كان من أكثر المنبئات المستقلة قوة لتحديد الانخراط في معالجات ما بعد الموقف.تلاحظ أيضاً أن المقياس الفرعي للتقييم الأدائي كان منبئ جيد للتأثيرات الانفعالية لمعالجات ما بعد الموقف.و أخيراً أوضحت النتائج أن بُعد المعتقدات السلبية عن اللاتحكمية للأفكار على استبيان ما وراء المعرفة لمعالجة ما بعد الموقف "Metacognitions about Post-Event Processing Questionnaire (MPEP-Q)" كان من أكثر الأبعاد دلالة على وجود سمة القلق الاجتماعي(Casswell,2006,128-133).

أخبرتنا دراسة (McEvoy & Perini,2009)على وجود علاقة ارتباطية بين انخفاض معالجات ما بعد الموقف(PEP) و انخفاض أعراض الفوبيا الاجتماعية تتفق تلك النتائج مع نتائج عدد من الدراسات التي دلت على وجود ارتباط ما بين الفوبيا الاجتماعية و معالجات ما بعد الموقف كما في دراستى(Mellings & Alden, 2000) (Rachman et al ,2000)؛فقد دلت هاتان الدراستان على وجود علاقة ارتباطية بين الانخفاض الحادث في المعتقدات ماوراء المعرفية و انخفاض حدة إعراض الفوبيا الاجتماعية و الاكتئاب (McEvoy & Perini,2009, 528).

استخلاص

يخلص الباحث في النهاية للعديد من الدلائل على أن خفض أعراض الفوبيا الاجتماعية وكذلك الأعراض الاكتئابية المصاحبة يساعد في تكامل المخرجات العلاجية

على المدى البعيد حيث ترتبط تلك الأعراض بتكامل وظيفي بعد انتهاء البرنامج العلاجي كما في دراسة (Lincoln et al., 2005). على الرغم من أن المعتقدات ما وراء المعرفية لم تكن مرتبطة عموماً بتغييرات في الفوبيا الاجتماعية؛إلا أنه يمكننا التكهن بانخفاض حدوث الانتكاس أثناء معالجة الفوبيا الاجتماعية باستهداف المعتقدات ما وراء المعرفية للفوبيا الاجتماعية، فالتأكيد في استراتيجيات البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة للفوبيا الاجتماعية ينصب على عمليات تعديل الانتباه و التحكم في الانزعاج مع تنظيم المعالجة إثناء التجارب السلوكية و بعدها في فترة المتابعة.

تعتمد تلك الدراسة على فرضية أن مقاومة التغيير الإدراكي يعتبر خاصية طبيعية تلقائية أثناء معالجة المعلومات نتيجة لصياغة غير مكتملة لعوامل معرفية داخلية أو ما يعرف "بالإدراك عن الإدراك" (ما وراء المعرفة) تتضمن عمليات تحكم و تعديل معرفي حيث ارتبطت التغيرات في أبعاد الثقة الإدراكية ،و اللاتحكمية و الخطورة الفكرية بشكل ملحوظ بتغيرات واضحة في أعراض الاكتئاب. تتوافق تلك النتائج مع تأكيد مساهمة المعتقدات ما وراء المعرفية في نشوء و تعزيز الاكتئاب كدراسة (Papageorgiou &Wells,2003) بالإضافة إلى اضطرابات انفعالية كالقلق المعمم (GAD) كدراستي(Wells & Carter, 2001);(Ruscio & Borkovec,2004) والوسواس القهري(OCD) كدراسة(Wells & Papageorgiou,1998)، واضطراب قلق ما بعد الصدمة (PSTD) كدراسة (Holeva et al,2001) والماليخونيا "الهوس العقلي" كدراسة(Morrison & Wells,2003).

يرى الباحث من خلال اطلاعه ودراسته للإطار النظري السابق عرضة لاضطراب الفوبيا الاجتماعية بغرض توظيفه لبناء برنامج قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة عدداً من الأهداف الأساسية التي يسعى البرنامج العلاجي لتحقيقها و هي:-

١- توعية الفرد بأن السبب في الاضطراب الذي يعانيه لا يتمركز فقط في مجرد المعتقدات المختلة التي يحوزها و لكن في طريقة التقييم التي يتبعها و يتصرف بها تبعاً لهذه المعتقدات.

٢- دحض و تفنيد تلك المعتقدات المختلة التي يتمسك بها الفرد سواء الايجابية أو السلبية و دورها في نشأة و استمرار الاضطراب الذي يعانيه.

٣- تدريب الأفراد على استخدام عدداً من الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية في المواقف و التفاعلات الاجتماعية التي يعايشها و التي تحد من كفاءته و تتعارض مع توافقه الاجتماعي و الشخصي.

٤- التشكيك في مصداقية و واقعية المعتقدات و الأفكار التطفلية"محفزات القلق التي يعايشها سواء قبل أو أثناء أو بعد التفاعل الاجتماعي المخيف.

٥- تحسين الممارسات الانتباهية في المواقف والأحداث الاجتماعية المثيرة للانزعاج.

تعقيب:-

تتوافر العديد من الدلائل التجريبية الداعمة لوجود المتلازمة المعرفية الانتباهية في الاضطراب النفسي علاوة على امتلاك الانزعاج و الاجترار الفكري تأثيرات وعواقب سلبية على عمليات التنظيم الذاتي كما تم توقعه من قبل النموذج ما وراء المعرفي. يمكن تحديد الانحراف الانتباهي مع المعالجة الإستراتيجية وكذلك إستراتيجية المريض لتوقع و مواجهة التهديد بالتوافق مع تلك التوقعات. بأسلوب أكثر عمومية يعتقد غالبية الناس أنهم فاشلون في فترة ما في حياتهم ولكن بالنسبة للبعض يعتبر هذا المعتقد بمثابة مجهود متجدد متكرر للنجاح بينما بالنسبة للبعض الآخر يُتبع هذا المعتقد بسلاسل من المعتقدات السلبية المُكونة من الاكتئاب على مواقف ضعف و فشل سابقة .بالتالي فالمطلوب يتمثل في آلية يعول عليها وجود أنماط استجابة انفعالية و إدراكية متباينة. فقد عرض (Wells,2009) أن الآلية هي ما وراء المعرفة وهي التي يعول عليها الأسلوب الذي يعتقده الشخص أو يتصرفه كاستجابة لفكرة أو معتقد أو شعور.

باختصار يؤكد النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات على العامل المشترك بين المكونات المتباينة للإدراك في تطوير و تعزيز الاضطراب النفسي؛فيمثل نموذج للاضطرابات الديناميكية في المعالجة التي يتم فيها توجيه المعالجة الذاتية لمحفزات التهديد من قبل المعتقدات و المعرفة الذاتية فيرتبط الاضطراب النفسي مع الاضطرابات الدينامية مثل الأنماط التحفظية من الاجترار الفكري أو الانزعاج النشط و الأولويات الانتباهية التي تفشل في تعديل المعتقدات اللاتوافقية من منطلق أن المعتقدات توجه أنشطة المعالجة مثل اختيار الإستراتيجية التخيلية كجوانب الاجترار الفكري أوحل

المشكلات،و توجيه الانتباه كمراقبة المشاعر الجسدية المهددة بطريقة مشابهة تمتلك المعالجة الحادثة للتهديد وتنفيذ استجابات المواجهة عواقب ما وراء المعرفية على تعديل المعتقدات المختلة.

ثالثاً:الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية:

يتضمن العلاج النفسي في ضوء النموذج ما وراء المعرفي لاضطرابات القلق بصفة عامة التركيز على مستويات وجوانب متباينة من الحالة المرضية بأسلوب يوظف نطاق عريض من الاستراتيجيات الحديثة في مجال العلاج النفسي. يستلزم لهذا الأمر تركيز المعالج على إزالة المتلازمة المعرفية الانتباهية بوضع الاستراتيجيات والفنيات المعنية بحيث يتضمن البرنامج العلاجي التركيز على تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية وعمليات تحسين المعرفة الإجرائية الخاصة بالمريض(الخطط ما وراء المعرفية الضمنية)، بمعني تدريب المرضى على إيجاد و تطوير مهارات استجابة جديدة للأحداث الداخلية بأسلوب مرن غير معتمد على الذات عن طريق الوقوف بعيداً مع التأجيل الواعي للأفكار و الخبرات اللاتوافقية بطريقة تساعد على تطوير الشخص برنامج علاجي ما وراء المعرفي ضروري للتحكم في الخبرات الواعية غير المرغوبة.

يحدد ويلز ثلاثة أنماط جوهرية من التغير العلاجي المأمول من تحليل النظرية والنموذج العلاجي ما وراء المعرفي تتمثل في:أولاً، تعديل نمط أو إستراتيجية التفكير(المتلازمة المعرفية الانتباهية)؛ وثانياً، تعديل الأفكار ما وراء المعرفية التصريحية، و ثالثاً، اكتساب معرفة الإجرائية جديدة أو الخطط الضمنية مستحدثة لتوجيه المعالجة و الخبرات الذاتية (Wells, 2009, 21) (Wells ,2000 ,139).

قام الباحث في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية بتوظيف عدد من الفنيات والاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية التي تم إدراجها في عدد من اضطرابات القلق الأخرى على الرغم من الحاجة لتعديل تنفيذها لموافقة الخصائص العرضية لجوانب الصياغة العلاجية لكل اضطراب انفعالي على حدة. يعتبر القلق في الفوبيا الاجتماعية -على سبيل المثال - خاصية و سمة متوافقة مع الذات"Ego-Syntonic" بشكل لا ينتهك المفهوم الذاتي للشخص.لكن على العكس من هذا المفهوم يمكن توصيف أنماط أخرى من التفكير السلبي المتلازم"Persistent" كالتطفلات الوسواسية باعتبارها متعارضة مع الذات"Ego-Dystonic" أي أنها تبدو من وجهة نظر المعالج غير ملائمة

و مقززة.عادة ما يتذكر الإفراد من ذوي الفوبيا الاجتماعية -على سبيل المثال - بأنهم يمتلكون قلاقل تتعلق بجوانب حياتهم الاجتماعية في تعـاملاتهم مـع المقـربين مـنهم كالجيران و الأقارب و الأصدقاء و كذلك زملائهم و رؤسائهم في أماكن عملهم وبخاصة في الوظائف التي تتطلب نوع من التواصل الاجتماعي.باعتبار القلق السمة الجوهريـة لهذا لاضطراب الانفعالي يجب أن يكون المعالج قادراً على تعيين هذا النشاط و تمييزه عن غيره من الأنشطة العقلية المـشابهة كـالاجترار الفكـري و الـتطفلات الفكريـة والوساوس و القهريات.سيقوم الباحث فيما يلي بسرد عدداً من الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية التي تعمل على إحداث التغير العلاجي المأمول وهي :فنيات تجزئة التيقظ الذهني، و فنية التدريب على الانتباه، و فنيات إعادة التركيـز المـوقفي للانتباه.

١-فنيات تجزئة التيقظ الذهني"Detached Mindfulness Techniques":-

يرتبط مفهوم (التيقظ الذهني)"Mindfulness" الحالي بالعديد من الـسياقات لعلـم النفس وقد يتساوى هذا المفهوم مع المعالجة النفسية المجهدة؛ و قد ينظر إليهـا أحيانـاً باعتبارها انعكاس لمفهوم(اللانتباهية الذهنيـة)"Mindlessness" فيـتم الإشـارة إليـه باعتباره حالة من المعالجة التلقائية (Shiffrin & Schnieder, 1977).يـشتمل هـذا المفهوم على عناصر:ا)المراقبة ما وراء المعرفية مع تطبيق أساليب تعلم متباينة كدراسة (Saloman & Gioberson, 1987). فـي مجـال علـم الـنفس العلاجـي "Psychotherapy" على جانب آخر تم تحديد مفهوم التيقظ الـذهني باعتبـاره حالـة محسنة من الإدراك الذاتي تعمل على تحفيز الكفـاءة والرضـا الـذاتي (Brown & Ryan, 2003). لقد تم تقديم مفهوم التيقظ الذهني"Mindfulness" باعتبـاره عامـل مشترك في جميع أحوال وظروف العلاج النفسي المرضى كحالة من الحرية النفسية كما في دراسة(Martin, 2002) تحدث عندما يظل الانتباه مستقر بدون إرفاق أي وجهـة نظر ذاتية شخصية(Wells, 2005, 340).

أ-مصطلح التيقظ الذهني"Mindfulness"

حاز مصطلح التيقظ الذهني شهرة و بروز كمصطلح مساوي للتأمل البوذي كما في دراسة(Kabat-Zinn,1994) لكن هذا المصطلح لا يحوز أي تشابه بينه و بين مفاهيم التيقظ الذهني المشتقة من تدريبات التأمل البوذي.من المنظور التأملي تم توصيف فنيات التيقظ الذهني"Mindfulness" باعتبارها تمهد الطريق للانتباه بشكل ما بدون إصـدار

أحكام فورية (Kabat-Zinn,1994,4). يعتبر هذا الوصف للمفهوم أكثر اتساعاً بحيث يغطي جزئياً فنية تجزئة التيقظ الذهني كما أنه يستحوذ على بعض الخـواص المتعلقـة بتدريب الانتباه(Wells, 1990) ، و لكنه يغفـل بعـض الخـواص الفريـدة للتـيقظ الذهني(Wells, 2009,75).

(١) مفهوم التيقظ الذهني في مقابل مفهوم تركيز الانتباه

أفترض(Kabat-Zinn, 1990, 1994) أن مفهوم التيقظ الذهني يتعادل مع مفهـوم أبداء الانتباه حيث يستخدم أسلوب طرح الانتباه باعتباره وسيلة لمعايشة خبرة الحـدث الواقعي لحظة بلحظة بدون التفكير فيه.يتضمن مفهوم التيقظ الذهني أيضاً البقاء علـى وعي بتيار و تدفق الفكرة بدون إصدار أي أحكام عليها أو الوثوق بها داخل الذات مـع تركها تسير و قبولها كما هي.

(٢) مفهوم التيقظ الذهني في مقابل مفهوم التقبل

يرتبط مفهوم التيقظ الذهني أيضاً مع مفاهيم أخري كالتقبل"Acceptance"كما فـي دراسة (Hayes, Strosahl & Wilson,1977) التي تعني تناول الأفكار باعتبارهـا مجرد أفكار و مشاعر بدون إظهار الحاجة لتجنبهم. يتقارب هذا المفهوم بشكل ما مـع مفهوم تجزئة التيقظ الذهني"DM" و لكنه لا يرتكز على الأخص على تعليق الانزعـاج والاجترار الفكري أو على تطوير أحساس بالذات بشكل منفصل عن المعتقـدات علـى الرغم من أنها أحياناً تفصل الذات عن الأفكار و المشاعر(Wells,2009,73).

(٣)التعريف الإجرائي للتيقظ الذهني

قام(Kabat-Zinn,1994) بتعريف مفهوم "التيقظ الذهني" باعتباره إلقـاء الانتبـاه العمدي بطريقة محددة و ليس عن طريق إصدار أحكام(Kabat-Zinn,1994,4).

لقد شاع عبر العقدين الأخيرين الاهتمام بمفهوم "التيقظ الذهني" حيث تم اندماجه في نطاق عريض من المداخل الإكلينيكية فقام (Kabat-Zinn,1982) بتضمينه في برنامج لتقليل الضغط العصبي القائم على التيقظ الـذهني" Metacognitive-Based Stress Reduction" (MBSR) كباقة علاجية للمرضي من ذوي الاكتئاب الحـاد المـزمن، ولكن تم توظيفه لاحقاً لمعالجة نطاق عريض مـن الـصعوبات الـسلوكية الانفعاليـة (Kabat-Zinn,1998). قام(Masuda et al., 2004)بدمج العلاج المعرفي المعتمـد على التيقظ الذهني(MBCT)مع تدريبات تأملية للتيقظ الذهني البوذي لتطوير مايعرف بالعلاج بالتقبل والتنفيـذ"Acceptance & Commitment Therapy"(ACT) عـن

طريق العديد من المكونات العلاجية المتباينة متضمنة عناصر:التقبل و الدمج المعرفي، والقدرة على التركيز اللحظي،والتدريب علـــى الانتبـــاه (Fisher & Wells, 2009, 103).

باعتمادنا على المفاهيم السابقة عرض (Bishop et al., 2004) تعريف إجرائـــي للتيقظ الذهني يشتمل على مكونين:أ)التحكم في الانتباه لتعزيز الخبرة الحالية مع السماح باستكشاف مرتفع للأحداث العقلية آنيـــاً؛ ب)و تبنـــي اتجـــاه الفـــضولية "Curiosity" والانفتاح"Openness" وتقبل الخبرات الذاتية. يعتبر المكون الأول خاصية ضمنية من خواص فنية تجزئة التيقظ الذهني (DM) لتضمينه وعي ما وراء المعرفي مرتفع، فـــلا يتضمن هذا التعريف فصل الإحساس بالذات عن الأحداث الداخلية كما هو الحـــال فـــي فنية تجزئة التيقظ الذهني(DM)؛ أما المكون الثاني فينأى بنا بعيداً عن تجزئـــة التـــيقظ الذهني حيث يقدم لمفاهيم كالفضول والتقبل(Wells,2009,74).

ب-المداخل المعرفية القائمة على إستراتيجيات التيقظ الذهني

تستعين العديد من المداخل العلاجية المعرفية المستحدثة على استراتيجيات التـــيقظ الذهني لعلاج الاضطرابات الانفعالية كالعلاج المعرفي المعتمد علـــى التـــيقظ الـــذهني (MBCT: Segal et al.,2002) "Metacognitive-Based Cognitive Therapy" أو العـــــلاج بالتقبـــــل و التنفيـــــذ"Acceptance & Commitment Therapy" (ACT:Hayes et al.,1999). يستخدم مصطلح التيقظ الذهني لوصـــف النظريـــات والاستراتيجيات العلاجية ولكن يتباين مفهوم التيقظ الذهني عن تجزئة التيقظ الذهني في ضوء النموذج العلاجي ما وراء المعرفي كما تم التوضيح سلفاً. قد يرتبك المختـــصون عند استخدام مصطلحات متشابهة بكلاُ الهيكلين حيث ينظر إليها عادة بـــشكل ترادفـــي (Fisher & Wells,2009,102).

(١)العلاج بالتقبل و التنفيذ(ACT)

يوضح تحليل مختصر كيفية تطبيق استراتيجيات التيقظ الذهني في العلاج بالتقبـــل والتنفيذ (ACT)أو العلاج المعرفي القائم على التيقظ الذهني التبايني(MBCT) حيـــث اقترح(Roemer & Orsillo ,2002) أن تكامل الممارسات التدريبية بـــين مفهـــومي التقبل والتيقظ الذهني يحسن من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للقلق المعمـــم نظـــراُ لتضمينهم عناصر التيقظ الذهني في مدخلهم العلاجي(Roemer & Orsillo, 2007). تتضمن تدريبات التيقظ الذهني في العلاج بالتقبل والتنفيذ (ACT) تخيل أوراق الـــشجر

وهي تتساقط بفعل الرياح مع محاولة وضع الأفكار والمشاعر والخبرات على تلك الأوراق ومشاهدتها وهي ترحل بعيداً؛ تتباين هذه الإستراتيجية عن استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني(DM) بسبب أنها تستلزم معالجة أخرى في شكل فعل شيء مع تلك الأفكار؛ بينما تستخدم هذه الإستراتيجية في النموذج العلاجي ما وراء المعرفي كاستعارة لتوضيح أن المعتقدات عبارة عن أحداث عابرة زائلة لا تتطلب تركيز الانتباه (Fisher & Wells,2009,104).

لقد تم اصطلاح مكون علاجي آخر للعلاج بالتقبل والتنفيذ يستهدف تحفيز التيقظ الذهني ويراعى عنصر الدمج المعرفي (Cognitive Fusion) حيث يوظف العلاج بالتقبل والتنفيذ بعض الاستراتيجيات التي تعمل على إزالة المحتوى المعاني للمعتقد لمساعدة المريض على اتخاذ صورة اللاتحكمية على أفكارهم بإرادة وتقبل بالغ بحيث يقوم المريض بأعزاء الإشكال أو الألوان للفكرة التطفلية في إطار عاكس لتجربة التيقظ الذهني والذي يتمثل المكون في غياب أي معالجة أخري تبدو في صورة تحول كاستجابة للفكرة اللاتوافقية. علاوة على توظيف فنيات تجزئة التيقظ الذهني كمكون لتجارب سلوكية تستهدف تعديل المعتقدات اللاتحكمية والتي لا تعتبر هدف لفنيات أخري للتيقظ الذهني(Fisher & Wells,2009,105).

(٢)العلاج المعرفي القائم على التيقظ الذهني(MBCT)

يعتبر العلاج المعرفي القائم على التيقظ الذهني(MBCT)مدخل علاجي متكامل بين استراتيجيات العلاج المعرفي مع استراتيجيه التأمل الذهني حيث يتم تضمين نطاق عريض من التدريبات التأملية في كل جلسة علاجية مع أعطائهم تكليفات منزلية. يتضمن هذا المدخل العلاجي تدريبات الأكل الذهني حيث يقوم المريض مع المعالج بتناول حبوب الزبيب"Raisins"ببطء مع تركيز الانتباه على جوانب الأكل بالإضافة إلى مشاعرهم، يتم في هذه الحالة توجيه المريض كي يركز انتباهه على أجزاء متباينة من جسده يتم بعدها تشجيع الأفراد لإدراك أي مشاعر طارئة في صورة لاتحكمية. لو تواردت الأفكار التطفلية غير المرغوبة يتم تكليف المريض لإعادة تركيز انتباهه على جسده. تتضمن أشكال التدريبات التأملية عمليات الاستلقاء الذهني ،و المشي الذهني ،والتفكر الجالس بينما يتم تثبيت الوعي على عملية التنفس "الشهيق و الزفير" حيث يتم تكليف المرضي لإعادة تركيز انتباههم على تنفسهم بحيث لا يتم الاستحواذ عليه من قبل الأفكار والمشاعر والخبرات اللاتوافقية.يتم في هذا المدخل العلاجي تضمين إستراتيجية

للتعميم"Generalization"حيث يتم تضمين حيز التنفس لمدة (٣) دقائق لتهذيب التيقظ الذهني. يمكن استخدام هذه الإستراتيجية كاستجابة لإعراض القلق أو المشاعر والأفكار غير المرغوبة ولكن يستلزم من المريض توزيع انتباهه بعيداً عن محفزات القلق مع التركيز على تنفسه.لا يوظف العلاج المعتمد على استراتيجيات ما وراء المعرفة أي من هذه الاستراتيجيات ولكن يستجيب في الواقع للأفكار والمشاعر التطفلية بإعادة توجيه الانتباه بعيداً عن الخبرات البغيضة لتحقيق أهداف البرنامج العلاجي(Fisher & Wells,2009,105,106).

من هنا يعتقد الباحث بتضمين ممارسات التأمل الذهني كل من عمليات توزيع الانتباه و التحكم في الإدراك؛ و لكن لم يتم تطوير هذه الاستراتيجيات لنموذج علاجي ما وراء المعرفي لعلم النفس المرضي "Psychotherapy".

ج-مفهوم تجزئة التيقظ الذهني"Detached Mindfulness(DM)"

استخدم مصطلح "تجزئة" "Detachment " للإشارة لوجود عملية "تجزئة أو تفكيك" فيشتمل الجزء الأول من المصطلح على عنصر تفكيك أي محاولة للانخراط مع الحدث الداخلي؛بمعنى أن الشخص يمتنع عن محاولة التقييم أو المواجهة اللاحقة كاستجابة للحدث الداخلي نظراً لتضمين مفهوم(DM)عامل مضاد لحدوث المتلازمة المعرفية الانتباهية فهي عبارة عن إيقاف أي انخراط سلوكي أو مفاهيمي بالخبرات الداخلية. يتكون هذا الجزء من عناصر التخلي عن عمليات الانزعاج و الاجترار الفكري والنكوص والتحكم ومراقبة التهديد والتجنب ومحاولات خفض التهديد. بينما يشير الجزء الثاني من المفهوم "التيقظ الذهني""Mindfulness" إلى معايشة الشخص للحدث داخلي باعتباره واقع مستقل عن الوعى العام للذات كأن يمتلك الفرد منظور مرتبط بالحدث يتم فيه تحجيم الوعي بطريقة مستقلة كأن يكون الشخص واعي بالمنظور الذاتي كملاحظ للفكرة أو الاعتقاد بحيث يصعب الإمساك أو التمكن من تلك الفكرة (Wells,2009,73).

لا يوجد أي مناظر لفنيات تجزئة التيقظ الذهني(DM) في المداخل العلاجية التقليدية من العلاج المعرفي السلوكي ؛ لقد تم تطبيق فنيات التأمل الانتباهي الذهني مؤخراً كاستراتيجيات لمعالجة منع الانتكاس في العلاج المعرفي المعتمد على التيقظ الذهني للاكتئاب(MBCT) حيث قام (Teasdale ,1999)بتضمين استراتيجيات التركيز على التنفس و عد حركات الشهيق و الزفير مع التفاعل مع الأفكار كونها أحداث منفصلة عن

الواقع(Wells,2000). لقد افترض النموذج الوظيفي التنفيذي إن الأسلوب الذي يتم فيه تنفيذ هذه الفنية هو المحدد لمدى فاعليتها. يقترح النموذج الوظيفي لتنظيم الذات أن الاستراتيجيات الذهنية تكون أكثر فعالية لو قامت بتدعيم خطط بديلة للتعامل مع الأفكار وزيادة التحكم المرن للانتباه مع إيقاف الاجترارات الفكرية وتقليل الميل نحو التركيز على الذات(Wells,2000,99).

يتضمن مسمى(فنيات تجزئة التيقظ الذهني)" Detached Mindfulness Techniques"خاصيتين أساسيتين هما: التيقظ الذهني"Mindfulness"؛والتجزئة "Detached" حيث تتضمن فنيات تجزئة التيقظ الذهني كلاً الخاصيتين بشكل آني. يشير مفهوم"تجزئة التيقظ الذهني" لاستحضار الوعي بالأحداث الداخلية المعرفية -على وجه الخصوص- الأفكار والمعتقدات، و الذكريات،و المشاعر إلى الوعي ما وراء المعرفي بالأفكار والمعتقدات التي عندها يكون الانتباه مرتكز لكن بطريقة أقل مرونة أحداها(Wells,2009,72).

تم وصف فنيات تجزئة التيقظ الذهني سلفاً باعتبارها حالة من الوعي بالإحداث الداخلية بدون الاستجابة فئ ضوء تقييم أضافي فتحاول تلك الفنيات أما أن تتحكم و تكبح تلك التطفلات الفكرية أو أن تستجيب لها سلوكياً. في هذه الإطار يمكن تمثيل تلك الفنيات إجرائياً باعتبارها استراتيجيات لعدم التعلق بالأحداث كاستجابة للفكرة التطفلية؛ لكن السماح للفكرة كي تشغل حيزها بدون القيام بأي فعل أو تفسير إضافي (Wells,2005,340).

د- فنيات و استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني و أهدافها:

تتضمن فنيات واستراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني العديد من الأهداف ولكن يتمثل الهدف الرئيسي لتلك الفنيات في عزل المتعالجين بعيداً عن نمط و حالة المعايشة للموضوع القائم على الحالة ما وراء المعرفية. يمكن استخدام هذه الفنيات باعتبارها وسيلة لمقاطعة المعالجة التحفظية في صورة انزعاج واجترار فكري كما تستخدم لزيادة التحكم التنفيذي على عمليات توزيع الانتباه مع إتاحة فرص للمتعالجين للهروب من تأثير الأفكار على مفهوم الذات(Wells,2009,74).

من المحتمل اعتماد فعالية فنيات واستراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني على تطوير استراتيجيات معتمدة على نماذج معالجة المعلومات بحيث تحدد الوسائل الأكثر أو الأقل تكيفية لتحقيق هدف التيقظ الذهني. يتباين الهدف الرئيسي من التيقظ الذهني سواء

المعتمد على التأمل الذهني أو المتضمن في فنيات تجزئة التيقظ الذهني في تعديل البناءات والهياكل والعمليات ما وراء المعرفية التي تم تحديدها والتي قد تكون سبباً في نشأة الاضطراب النفسي(Wells,2009,77).

يشتمل النموذج العلاجي ما وراء المعرفي على إمكانية السماح للأفراد المضطربين اجتماعياً كي يربطوا بين أفكارهم بأساليب متباينة بحيث يستحضر و يستدعي الهيئة ما وراء المعرفية ،و التحكم الانتباهي المرن ،والقدرة على الانفصال عن الاجترارات الفكرية (عمليات القلق النشط). اقترح(Wells & Mathews,1994,1996) صياغة علاجية لفنيات تجزئة التيقظ الذهني باعتبارها وسيلة فعالة لتحقيق الأهداف العلاجية وهي ما يعرف بالفصل ما وراء المعرفي بعيداً عن الأفكار اللاتوافقية بحيث يتم تشجيع الأفراد كي ينفصلوا بالمعالجة والسلوكيات بعيداً عن التطفلات و الوساوس الفكرية (الأفكار و الأعراض المرضية و غيرها) بحيث تستهدف هذه الاستراتيجيات الآتي: ١)أنشاء وتطوير الهيئة ما وراء المعرفية،٢)و تعزيز التحكم في اختيار استراتيجيات التقييم المتباينة؛٣) وتطوير خطط جديدة لتنظيم و تنشيط معالجات النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات؛٤)وأخيراً تحرير الموارد لتحقيق المعالجة التصحيحية مع تعديل المعتقدات اللاتوافقية(Wells,2000,99). ربما يمنع هذا النمط من المعالجة الذهنية التنشيط الكامل للنموذج بحيث يمكن تطويره للاستخدام كاستراتيجيه مسايرة توافقية بغرض تسهيل المعالجة اللاتأكيدية عن طريق تكليف المرضى لكي ينعزلوا عن المعالجة المستمرة للتطفلات الفكرية متبوعة بإعادة توجيه الانتباه للمعلومات والسلوكيات الداحضة لتلك الأفكار .

تتضمن تلك الفنيات عدداً من الاستراتيجيات اللفظية و السلوكية التي استعرضها (Wells,2005,2009)،وهي:-

- التوجيه ما وراء المعرفي. - مهمة التداعي الحر.
- التجول العقلي المقيد. - مهمة النمر.
- صورة السحب. - إعادة العزو السببي اللفظي.
- إعادة العزو السلوكي. - تنمية التقبل و التسامح.
- الخطة البديلة للانتباه والمعالجة.- الفصل أو التفكيك المعرفي.

(Wells,2009,80-85).

سيتم تضمين هذه الاستراتيجيات العلاجية سواء اللفظية أو السلوكية في البرنامج العلاجي مع وصفها تفصيلاً وتحديد أهدافها العلاجية وخطوات تنفيذ كل منها لعلاج الفوبيا الاجتماعية عند استعراض البرنامج العلاجي في الفصل الثالث.

ه–التباين المفاهيمي والإجرائي بين مفهومي فنيات التيقظ الذهني وفنيات تجزئة التيقظ الذهني:

يمكن تلخيص التباينات المفاهيمية والإجرائية بين مفهومي فنيات التيقظ الذهني وفنيات تجزئة التيقظ الذهني في النقاط التالية:-

أ- لا تتضمن فنيات تجزئة التيقظ الذهني عنصر التأمل؛

ب-لا تتطلب تدريب مكثف و مستمر؛

ج- لا تتطلب خواص أوسع للتيقظ الذهني كزيادة الوعي بالخبرة الحالية؛

د- ترتكز فنيات التيقظ الذهني على تطبيق تمارين التركيز على الجسم كالتركيز على التنفس أو بعض تمرينات الجسم لاسترجاع الانتباه إلى الوقت الحاضر لو تم الاستحواذ عليه من قبل الأفكار التطفلية؛ فلا تمتلك فنيات تجزئة التيقظ الذهني أي مرتكزات جسدية خاصة للانتباه؛

ه- يهتم التيقظ الذهني-على وجه الخصوص- بزيادة و تطوير ما وراء وعي "Meta-awareness" للأفكار عن الوعي بالوقت الحالي؛

و- للتيقظ الذهني العديد من المعاني داخل إدراك محدد بينما تعريف و خواص فنية تجزئة التيقظ الذهني تعتبر أكثر تحديداً؛

ز- تقتصر تجزئة التيقظ الذهني على تعليق المسايرة المحددة بالأهداف؛

ح- تفصل فنيات تجزئة التيقظ الذهني ما وراء الوعي عن التيقظ الانتباهي؛

ط- تقتصر تجزئة التيقظ الذهني على مفهوم فصل الإحساس بالذات عن الظواهر العقلية (Wells,2009,79-80).

و-الطبيعة العلاجية لفنيات تجزئة التيقظ الذهني:-

تم توصيف فنيات تجزئة التيقظ الذهني(DM) (Wells & Matthews,1994) باعتبارها مرتبطة بالأسلوب الذي يتم فيه الارتباط بين المرء و إدراكه مع تطوير تحكم انتباهي مرن لأنماط التفكير؛ ترتكز فنيات تجزئة التيقظ الذهني بشكل أكبر على تطوير ما وراء وعي"Meta-Awareness"في سياق معالجة مفاهيمية معلقة لفصل الذات عن الأحداث المعرفية(Wells,2005,342).

يمكن الاعتماد على تحليل خصائص فنيات تجزئة التيقظ الذهني(DM)ومتطلباتها لإنشاء مرحلة محددة لتطوير فنيات محددة لتجزئة التيقظ الذهني معتمدة في عملها على النظرية ما وراء المعرفية للتأكيد على صياغة تأثيرات فنيات علاجية متباينة في سياق نموذج شائع. يزيد حدث كتعيين الأفكار التلقائية-على سبيل المثال- باستخدام سجل للأفكار المختلة في عمليات المراقبة ما وراء المعرفية من تعزيز اللاتمركزية "التحرر من التركيز الذاتي"، وبالتالي تقوية مهارات للوعي ما وراء المعرفي لتستوفي العناصر الأخرى لفنيات تجزئة التيقظ الذهني: كالفصل الانتباهي ،و المعالجة المفاهيمية المنخفضة، والمسايرة الانفعالية المنخفضة الموجهة بالأهداف.تقترح الاشتراطات الموضحة في فنيات تجزئة التيقظ الذهني (DM) أن الأفراد عليهم أن يكونوا قادرين على تطوير خطط للتحكم في التفكير لتنفيذ وتحقيق الحالة المأمولة حيث انه قد يتم إيقاف وتعطيل بعض من تلك النماذج أو المخططات أولا يتم تطويرها كما يجب؛ بمعنى أنه من الواجب توافر ممارسات أولية لتقوية خطط التحكم الانتباهي كالتدريب على الانتباه "ATT".

يمتلك بعض الأفراد مفهوم فكري عقلاني للتيقظ الذهني لكنهم يفتقدون للنموذج العلاجي ما وراء المعرفي الذي يوجههم لمعايشة تلك الحالة.يمكن تحقيق اقتناع المرضى بالنموذج بتكليف المرضى لمعايشة الوعي المتعلق بالأحداث الإدراكية كحصر الأفكار أو الانخراط في فهم التداعي الحر"Free Association" بحيث يتم تسهيل تحقيق مفهوم الفصل الذهني بالمحاكاة التي يمارس فيها المرضي ممارسات تشتمل على العناصر التالية:تعليق المعالجة المفاهيمية والتحكم النشط ،و الوعي الممارسي التجريبي للذات كونه منفصل عن الأفكار(Wells,2009,72,73).

ز-المكونات الإستراتيجية الفرعية لفنيات تجزئة التيقظ الذهني

يتم تقديم هذه الفنيات بداية كحالة مرغوبة للمرضى كي يعايشونها أثناء تنفيذ الجلسات العلاجية من عدة جوانب أهمها إيقاف أو على الأقل تحجيم و إضعاف المتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS) نظراً لأنها فنية مضادة و غير متوافقة معها.تمثل فنيات تجزئة التيقظ الذهني"Detached Mindfulness" نوع من الوعي الداخلي في غياب المعالجة المجهدة للذات؛ فهي بشكل أساسي عبارة عن وعي بالمد والجزر التلقائي وليس الانتقائي للأحداث الداخلية. يفترض من الشخص في هذه الحالة أن يكون غير متمركز إدراكياً "Cognitively Decentered" بمعنى أن ينظر للأفكار باعتبارها

عناصر في العقل منفصلة عن الواقع مع عدم اشتمال فنيات عملية تجزئة التيقظ الذهني (DM)على أي معالجة مفاهيميــة(Wells,2009,75-76). يعتبــر الــوعي الــداخلي بالأحداث بالتالي العنــصر الوحيــد الــذي يعتمــد علــى الــتحكم الآنــي لعناصــر التعليق"Suspension" أي الإيقاف المؤقت لفكرة أو معتقد لعدد من النماذج الاعتياديــة التحليلية والنظامية تعتبر فنيات تجزئة التيقظ الذهني بمثابة وعي موضــوعي للأفكــار والأحداث الداخلية في غياب التحليل المفاهيمي ،والاستجابات الموجهة بالأهداف"-Goal directed".حدد(Wells)الاستراتيجيات الفرعية لتلك الفنية في نقاط:

١- ما وراء الوعي"Meta-Awareness"(الوعي بالأفكار).

٢- اللاتمحور المعرفي"Cognitively Decentering"-إدراك الأفكار باعتبارهــا أحداث منفصلة عن الواقع و ليست بكونها حقائق.

٣- الفصل الانتباهي و التحكم "Attentional Detachment"(العزلة الانتباهية) - وفيه يكون الانتباه مرن وغير معلق على أي حدث أو فكرة محددة.

٤- المعالجة المفاهيمية المنخفضة"Low-Conceptual Processing"-كالمستويات المنخفضة من التقديرات ذات المعنى.

٥- المسايرة المفاهيمية المنخفــضة الموجهــة بالأهــداف" Low goal-directed Coping"- كعدم تنفيذ سلوكيات و أهداف تجنب و إزالة التهديد الخاطئ فــلا يــتم اعتبار أهداف تجنب التهديد جوهرية.

٦- الوعي الذاتي المتغير" Altered Self-awareness"(كمعايشة منفردة للــوعي الذاتي كونه مراقب منفصل عن تلك الأفكار أو المعتقدات)(Wells, 2005, 351).

ح-معالجة المعلومات في فنيات تجزئة التيقظ الذهني(Information Processing in DM)

من المفترض أن يؤدي التطور الحادث في مجال علم النفس العلاجي إلى تحــسين فعالية بعض الفنيات العلاجية عند الإشارة إلى أهداف وتأثيرات هذه الفنيات على معالجة المعلومات حيث تعتمد فنيات تجزئة التيقظ الذهني.يمكــن الإشــارة لنمــوذج معالجــة المعلومات وفقاً لفنية تجزئة التيقظ الذهني بمتطلباتها و تأثيرها كالآتي:-

١- تعتمد فكرة فنية تجزئة التيقظ الذهني (DM) في التأثير على المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) و العمليات وراء المحتوى ما وراء المعرفي التي توجهها. يمكن أن ندرك تلك الفنيات بناء على الأنظمة الفرعية سواء المعرفيــة أو مــا وراء المعرفيــة المتعلقة بها. يتكون النظام الفرعي ما وراء المعرفي من المعلومات المتعلقة بــالإدراك

لكونها بمثابة مكتبة شاملة للمعرفة والمعتقدات التي يمكن الولوج إليها للتفسير والتحكم في التفكير؛بينما يتكون النموذج المعرفي من نموذج لأنشطة المعالجة الحادثة التي تراقبها المتلازمة و تتحكم فيها.يمكن تمثيل الأنظمة الفرعية المعرفية وما وراء المعرفية باعتبارها سيل من المعلومات مشتملة على عمليات المراقبة والتحكم .(Nelson & Narens,1995)

٢- يعتمد النموذج المعرفي الفرعي المسيطر عليه من جانب النظام الفرعي الما وراء المعرفي على مراقبة الإحداث في الإدراك الاعتيادي كالمعالجة الحادثة.يتكون عنصر المعالجة من تمثيل حادث لحالة الإدراك الاعتيادي بالترابط مع مجموعة الأهداف حيث لا يستلزم النموذج مجرد تغذية راجعة آنية من المعالجة الحادثة ولكن أيضاً استدخال المعلومات من الذاكرة طويلة المدى.

٣- يؤدي تفصيل العلاقات بين تلك الأنظمة الفرعية إلى صياغة افتراضات عن بارامترات "Parameters" لمتغيرات المعالجة المعلوماتية؛ بالتالي عند تنفيذ فنيات تجزئة التيقظ الذهني يفترض استيفاء عدة اشتراطات:أولاً،عدم تنشيط لبرنامج مجهز أو معد سلفاً للتحكم في التفكير؛ ثانياً، نموذج عقلي لحالة التيقظ الذهني؛ ثالثاً، إيقاف عنصري المراقبة و التحكم؛ رابعاً، موارد انتباهية كافية و مرونة التحكم التنفيذي لتنفيذ فنيات(DM)؛وأخيراً تطوير نموذج للذات منفصل عن الإدراكات السلبية للفرد .(Wells,2009,72,73)

تعقيب الباحث

من وجهة نظر الباحث يتمثل الأساس النظري للإجراءات العلاجية لفنيات تجزئة التيقظ الذهني في تسهيل عمليات التحكم المرن أكبر على انتقاء أساليب التفكير المتباينة وأيضاً الاستراتيجيات السلوكية المتنوعة؛إضافة إلى إمكانية تطبيق استراتيجيات فصل التيقظ الذهني لتدعيم خطط جديدة لمعالجة النشاط الإدراكي مع إتاحة الموارد الانتباهية للمعالجة لتعديل المعتقدات. يزودنا هذا التطبيق بوسيلة لعدم الانخراط أو لمنع التنشيط الكلي للمتلازمة المعرفية الانتباهية كاستجابة للمثيرات و المحفزات المرحلية.

أحياناً يتم تطبيق هذه الفنيات كإستراتيجية لتجنب انفعالي أو إدراكي أو كوسيلة لمنع المخرجات الخوافية المغلوطة- على سبيل المثال – قد يستخدم المريض بطريقة غير ملائمة فنية من فنيات تجزئة التيقظ الذهني كوسيلة للتحكم أو اعتراض تأثيرات الأفكار المهددة أو المخيفة ولكن هذا الأمر يؤدي على العكس إلى إحداث تأثير سلبي يؤدي سوء

تطبيق الإستراتيجية إلى تعزيز وتقوية الاعتقاد بمسئولية الأفكار عن وقوع الأذى أو الضرر.لا يكمن الهدف من هذه الفنيات فقط في مجرد تنفيذ التحول إلى نمط آخر من الاستراتيجيات اللاتكيفية للتحكم في الأفكار فهي ليست وسيلة لتجنب هذه الأفكار؛ لكنها عوضاً عن ذلك توضح درجة ارتباط الفرد بتلك الأفكار ومعايشتها في أسلوب وحالة مزاجية تستلزم إبطال "حالة اللافعل" سواء كان صريح أو متضمن. تناقض إستراتيجية "عدم فعل شي" تأثيرات المتلازمة المعرفية الانتباهية باعتبارها حالة من الوعي الجزئي. يمكن اعتبار هذه الإستراتيجية بمثابة وعي مفكك نظراً لتضمين عملية المعايشة عناصر تعمل على فصل الإحساس بالذات عن محتويات الوعي باعتبارها خبرة أكثر عمقاً و تأثيراً.يمكن لهذا الإحساس أن يكون مفيداً و ذا قيمة عندما يتم دمج الفكرة أو الشعور الدخيل على الوعي مع مفهوم الذات.

باختصار تعتبر هيئة تجزئة التيقظ الذهني حالة من الوعي بالأحداث الداخلية بدون الاستجابة لتلك الأحداث. تحاول فنيات تجزئة التيقظ الذهني أما أن تتحكم أو تكبح أو تستجيب لمثل تلك الأحداث سلوكياً باعتبارها استراتيجيات تستهدف عدم الانزعاج أو التوتر كاستجابة لفكرة تطفلية ما، لكن بدلاً من هذا السماح للفكرة بأن تحتل ما تحتاجه من حيز متاح بدون تقديم أي تفسير أوفعل إضافي ويقتصر مكانها داخل العقل ليس إلا.

٢-فنية التدريب على الانتباه(ATT)"Attention Training Technique":-

تعتبر فنية التدريب على الانتباه (ATT) فنية علاجية مطورة من قبل ويلز (Wells,1990) للتطبيق في العلاج ما وراء المعرفي(MCT)(معهد العلاج ما وراء المعرفي @mct-institute.com online). تم تطوير فنية التدريب على الانتباه (ATT)على أساس النظرية ما وراء المعرفية للاضطراب النفسي حيث تحجر تلك الفنية الفرد في أنماط مستمرة متكررة من التفكير والانتباه السلبي التي من الصعب التحكم فيها مع مساهمتها في تدعيم القلق والاكتئاب مع تعديل ما وراء المعرفيات، لقد تم صياغة دليل إرشادي لهذه الفنية في الفصل التاسع من كتاب (Adrian Wells,2000) و المعنون "مسارات جديدة لإعادة الهيكلة المعرفية:تعديل الانتباه" (Wells,2007,136).يمكن الاعتماد على تلك الفنيات لتعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS)بحيث تساعد على تقوية التحكم الانتباهي للشخص. بالإمكان اعتبار تلك الفنيات اداة علاجية مفيدة تشتمل على:استراتيجيات الاستماع النشط، وتركيز الانتباه

في سياق من الأحداث المتزامنة التي يتم تقديمها في سياقات صوتية متباينـة الجهـارة ومتعددة الامكان(معهد العلاج ما وراء المعرفي mct-institute.com online@).

تم تطوير فنيات التدريب الانتباهي واستراتيجيات التشويش في العديد من الـسياقات العلاجية للقلق بشكل عام والمعتمدة على استخدام إرشادات التركيز على المهمة لعـلاج قلق الاختبار وضعف المستوى الأكاديمي.علاوة على وجود تعقيدات في تطوير تدخلات علاجية تستهدف تعديل الانتباه بشكل مباشر بالإضافة إلى الطبيعة متعـددة الجوانـب الانتبـاه و ارتباطاتهـا المتغيـرة بالمعتقـدات و اسـتراتيجيات المـسايرة المختلـة (Wells,2000,132).

أ- مصطلح "تدريب الانتباه"(Attention Training (AT:-

عادة ما يتم إدراج مصطلح تدريب الانتباه عادة "Attention Training" في الجيل الجديد من المداخل المعرفيـة الـسلوكية فيـدمج العـلاج بالتقبـل و التنفيـذ(ACT) "Acceptance & Commitment Therapy (Hayes et al,1999) -على سـبيل المثال- التدريب على الانتباه الموجه ذاتياً بهدف التعرض المعاني المكبـوح المحتمـل للانفعالات بشكل يؤدي إلى فقدان الحساسية للاستجابة الظرفية على عكـس الـسلوك التجنبي؛ بالتالي لايكمن هدف فنية التدريب على الانتباه في المعانـاة مـن التعـرض للانفعالات الغير مرغبة ولكن محاولة لتطوير تحكم تنفيذي أقوى؛ بينمـا فـي العـلاج المعرفي المعتمد على التيقظ الذهني(MBCT) " Mindfulness Based Cognitive Therapy" (Segal et al., 2002) يتم إجراء التدريب الانتباهي في هذه الحالة عـن طريق مرجع لتدريب الانتباه بحيث يسير نحو إعادة انتشار الانتبـاه باعتبـاره مكـون خاص بالتأمل.على وجه الخصوص يتم تكليف المرضى-ما إذا كانوا يلاحظون أي فكرة غير مرغوبة أثناء التدريب التأملي-لإعادة تعيين تركيزهم الانتباهي على أنفسهم.في هذا النمط يظل المرضى مرتكزين على ذواتهم حيث تم تصميم فنية التدريب الانتباهي فـي الأساس لإعاقة التركيز البالغ وأيضاً لتفعيل الانتباه الخارجي فقط.لا يتم تطبيـق فنيـة تدريب الانتباه في الأساس كاستجابة للأفكار والانفعالات- فهـي ليـست إسـتراتيجية مواجهة – لممارسة تدريبية تستهدف بناء إطار عمل و إجراءات ضـرورية لتحـسين التحكم ما وراء المعرفي في المعالجة(Fisher & Wells,2009,97-99).

ب–الهدف العام لفنية التدريب على الانتباه

يكمن الهدف الأساسي من تطوير فنية تدريب الانتباه في ابتكار إجراء قد يؤثر على أبعاد عديدة للمتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS) و المكون ما وراء المعرفي الموجه لها.تعتبر دراسة (Wells,1990) من أولى الدراسات التي أفادت بالتأثيرات العلاجية لهذه الفنية مع اضطراب الفزع"Panic Disorder"حيث انحصر الهدف الممارسي من هذه الدراسة في استخدام فنية يمكنها إيقاف الانتباه المرتكز على الذات البالغ غير المرن.يعتبر الانتباه الذاتي من هذا النوع مكون رئيسي في عناصر الانزعاج/ الاجترار الفكري و مراقبة التهديد (مثل:الأحداث الجسدية للفزع) التي تعتبر مكون مركزي للمتلازمة المعرفية الانتباهية(Wells,2009,57).اعتمدت العديد من سمات هذه الفنية نظرياً باعتبارها متطلب انتباهي جوهري ممارسي.المفترض أن تتضمن معالجة خارجية للمواد الغير المتعلقة بالذات لإيقاف المعالجة المنخفضة "Low-Processing" المرتكزة على الذات والتي من غير المفترض توظيفها من قبل المرضى كالتشويش والتجنب نظراً لاحتمالية تدعيم التحكم المختل المرتكز على الذات و المعتقدات الخاطئة عن الأحداث الداخلية(Wells,2009,57).

ج–تطوير فنية التدريب على الانتباه

يمكن تقسيم الانتباه للعديد من الجوانب المتضمنة عناصر الانتقائية و التبديل والمعالجة المتوازية بالتالي يعتبر الانتباه عنصر متعدد الأوجه. فيتم اعدد فنية التدريب الانتباه تبعاً لهذه الأبعاد العقلية ومدى تداخل جوانب هذه الفنية مع أهداف المريض.لقد اكتشفت المحاولات الأولية لتطوير فنية فعالة باستخدام استراتيجيات الانتباه البصري و لكن النتائج كانت ضعيفة إلا أن المحاولة التالية تضمنت تطوير إجراء انتباهي معتمد على الاستماع بحيث يتطلب توزيع انتباهي مكاني.اشتمل الأجراء الأساسي لفنية تدريب الانتباه السماعي من ثلاثة مكونات هي: الانتباه الانتقائي، والتبديل السريع للانتباه، و الانتباه المجزئ حيث يتم التدريب على كل مكون في تدريبات فردية منفصلة.بحيث يستمر هذا الإجراء بالكامل حوالي (١٢) دقيقة :(٥) دقائق للانتباه الانتقائي،و(٥) دقائق للتبديل الانتباهي،(٢) دقيقتان للانتباه المجزئ(Wells,2009,57).

د–تقديم فنية التدريب على الانتباه

تم تقديم فنية التدريب على الانتباه ضمن منطقية و إجراءات تنفيذية تؤكد على أن هدف هذه الفنية لا يكمن في مجرد كبح أو تجنب الأصوات الداخلية كالأفكار

والإحساسات الخاصة.يمكن ممارسة التركيز الانتباهي بصورة مرنة و بأسلوب خاص. يمكن اعتبار هذه التداخلات الفكرية كصوت أضافي.تؤكد الإرشادات أن فنية التدريب على الانتباه ليس مجرد تنظيم و تناغم التفكير الذي يثير معايشة الأفكار باعتبارها أصوات"سماع الأصوات" أو على وجه الدقة "سماع الأفكار"(Wells,2000,139,140).

تتباين قائمة الأصوات المندرجة في فنية التدريب على الانتباه لكن المعيار العام يكمن في وجود أصوات لجعل المهمة أكثر صعوبة كزيادة الحمل الانتباهي مع معايشة (٦) ستة أصوات كحد ادني. تستهدف زيادة المطالب الانتباهية المفروضة من قبل الفنية بحيث تكون متزايدة أثناء كل جلسة تدريبية فيمكن ضبط مستوى الصعوبة بتعيين أصوات أقل تبايناً في مرحلة الانتباه الانتقائي و تدريجياً يتم زيادة سرعة التبديل الانتباهي في مرحلة التبديل مع تقديم أعداد كبيرة من الأصوات عبر الجلسات. تم استخدم إصدارات حاسوبية مبرمجة لنماذج صوتية لفنية التدريب الانتباهي في بعض الدراسات كدراسات (Cavangah & Franklin,2000)، (Siegle, Ghinassi,& Thase,2007) (Wells,2007,137).

وسيتم فيما يلي عرض تفصيلي لتلك الفنية متضمنة نقاط عدة كما يلي:منطقية التدريب الانتباهي ،وتعليمات ممارسة التدريب الانتباهي ،وإجراءات تنفيذ التدريب على الانتباه ،وتطويرها ،و فاعلية فنية التدريب على الانتباه ،واعتمادية فنية التدريب على الانتباه ،والمشكلات التي ربما تعترض نجاح تلك التدريب الانتباهي و كيفية تجنبها ،وأخيراً أثر التدريب الانتباهي في علاج بعض اضطرابات القلق المتباينة.

(١)منطقية التدريب الانتباهي:

تتمثل المنطقية النظرية عند تطبيق إجراءات فنية التدريب الانتباهي(ATT) في زيادة التوافق النفسي نظراً لاعتمادها على تأثيرات مناقضة لبعض العمليات والاستراتيجيات اللاتوافقية غير المجدية (CAS).تؤكد منطقية التدريب الانتباهي ليس على مجرد توجيه الفرد نحو عقل فارغ بعيداً عن الخبرات الداخلية التطفلية لكن في نفس الوقت معارضة وتحجيم تطبيق أساليب الكبح النشط للأفكار(Wells,2009,59). يتطلب لإجراء التدريب الانتباهي تطوير وظائف تنفيذية أكثر مرونة بعيدة عن الذات بغرض زيادة التحكم ما وراء المعرفي على الموارد الانتباهية المتاحة. يصبح الانتباه تحت هذه الظروف أكثر مرونة و أقل ارتباطاً بأنماط محددة من الإدراكات المختلة بحيث يمكن الشخص من التحكم المتزايد في تعديل المعرفة المختلة مع معالجة

المحفزات الأكثر تهديداً بدون تحفيز الهيئة المختلة من المعالجة أو العمليات المعرفية اللاتوافقية(Wells,2000,140).

تؤكد منطقية التدريب الانتباهي على معالجة الأحداث الداخلية المتطفلة داخل الوعي كصوت أضافي مع عدم مقاومتها بحيث يسهل من التحول للهيئة ما وراء المعرفية وتجزئة التيقظ الذهني (DM).من المفترض توضيح ومعالجة التوقعات والافتراضات غير العقلانية لهذه الفنية والتعامل معها قبل ممارستها.يوجد هناك عنصر جوهري مهم عند تنفيذ هذه الفنية يتمثل في عنصر تعليق الأفكار و المشاعر غير المرغوبة؛ فمن المفترض على المعالج التركيز على الخبرات التطفلية غير المرغوبة كصوت أضافي. من المفترض أيضاً أن يوضح المعالج انه من المرغوب أن يكون المرء واعياً بهذه التطفلات أثناء استمراره بالممارسة التدريبية حتى في وجود قدر قليل من الوعي (Wells,2000,142)(Wells,2009,59).يؤدي التدريب الانتباهي لتأثير علاجي مركزي نتيجة لتجزئة أنشطة المعالجة التحفظية لخفض الشدة المدركة للاستجابات الانفعالية والجسدية لاضطرابات متعددة كالفوبيا الاجتماعية والقلق المعمم وقلق ما بعد الصدمة وعلى الأخص في عناصر الانزعاج والاجترار الفكري (Wells,2000,140).

حدد(Wells,2000,139)عدد من الاشتراطات المفترض استيفائها لتحقيق الفعالية الإكلينيكية للتدريب الانتباهي متضمنة آليات:١)تخفيف الانتباه المرتكز على الذات، ٢) وتجزئة استراتيجيات المعالجة التكرارية المعتمدة على القلق،٣)و زيادة التحكم التنفيذي على الانتباه والمعالجة،٤)و تقوية الهيئة ما وراء المعرفية من المعالجة.

لممارسة التدريب الانتباهي بطريقة أكثر فعالية وجد أن التدريب المنتظم والمستمر ضروري حيث يبدو التأثير أوقع وأكثر فعالية بمرور الوقت. ينصح الباحث بممارسة تلك الفنية مرتين يومياً على الأقل لمدة أربعة أسابيع أثناء تطبيق البرنامج العلاجي مع الاستمرار في ممارسات التدريب الانتباهي بعد انتهاء البرنامج العلاجي في مرحلة المتابعة. بالتوافق مع ممارسة فنية التدريب على الانتباه من الضروري زيادة مستوى النشاط بطريقة مع تقليل المدة الزمنية المستغرقة في تسكين و تحليل الأفكار والمشاعر.

(٢)تعليمات ممارسة التدريب الانتباهي:

لقد عمل (Wells,2009) على تحديد عدة اشتراطات من المفترض استيفاءها عند تنفيذ الجلسة الأولي للتدريب على الانتباه تتمثل في:

١. مراجعة طبيعة مشكلة المريض مع التأكيد على دور المعالجة المفاهيمية في تعزيز المشكلة.

٢. تقديم و توضيح منطقية و الفعالية النظرية للتدريب الانتباهي عن طريق الإطار والأساس النظري (النموذج العلاجي).

٣. التوفيق الاجتماعي"Socialization"عن طريق توضيح دور التركيز الذاتي في صورة عمليات القلق والمراقبة الذاتية باستخدام التوفيق الاجتماعي للانتباه الذاتي قدر الإمكان.

٤. فحص اعتمادية هذه المنطقية مع العمل على زيادة التوفيق الاجتماعي لوكان هذا ممكناً.

٥. تقييم المستوى الحالي من التركيز الذاتي"Self-focus".

٦. استخدم الدليل العلاجي لتطبيق فنية تدريب الانتباه.

٧. إعادة تقييم مستوى التركيز الذاتي"Self-focus" مع إظهار التغذية المرتدة.

٨. مراجعة الجدول الملخص لجلسات تدريب الانتباه مع استكمال باقي الأصوات واستبدالها بأخرى.

٩. التكليف المنزلي فيتم توجيه المريض لكي يؤدي هذا التدريب في المنزل على الأقل مرتين يومياً.

١٠. التغذية الراجعة مع تكليف المريض بتلخيص الممارسة التدريبية .(Wells,2009,65)

(٣)إجراءات تنفيذ التدريب على الانتباه:

يتمثل الهدف الإجرائي للتدريب الانتباهي في تنفيذ بعض الإرشادات الانتباهية بصرف النظر عن ما يمكن ملاحظته داخل جسمك أو عقلك.عن طريق عدة مستويات واستراتيجيات يتم التدريب عليها في كل ممارسة تدريبية و التي تستغرق من(١٢) إلى (١٥ دقيقة):أول مستوى لهذه الفنية يسمى (الانتباه الانتقائي) "Selective Attention" و فيها يتطلب من المشاركين تركيز انتباههم على أصوات مفرده في مواقع مكانية متباينة مع توجيههم لذلك أثناء محاولتهم تعزيز الانتباه الانتقائي مع تقليل التشتت؛ والمستوى الثاني يسمى (التبديل السريع للانتباه)"Rapid Attention Switching"وهو يحدث بين الأنماط صوتية المتباينة في مواقع مكانية المختلفة؛ والمستوى الأخير و يدعى(تقسيم الانتباه)"Dividing Attention" و يتضمن بشكل موجز تقسيم الانتباه

حيث يتم استحضار العديد من الأصوات المتزامنة "simultaneous" قدر الإمكان وأيضاً المواقع المكانية التي تصدر منه هذه الأصوات(معهد العلاج ما وراء المعرفي mct-institute.com online@).

تتكون تعليمات الانتباه الانتقائي من إرشاد انتباه المرضى نحو أصوات فردية من مصفوفة من الأصوات المقترنة في مواضع متباينة في البيئة المحيطة مع إرشادات لتوجيه انتباه المرض نحو أصوات فردية محددة بينما يتم مقاومة التشتيت من قبل الآخرين.بعد ذلك يبدأ المعالج في المرحلة الثانية التي تشتمل على مكون التبديل السريع للانتباه و الذي تكون من إرشادات لتحويل الانتباه بين أصوات فردية (مواقع مكانية مع سرعة متزايدة حيث يستمر هذا المكون في بداية هذه المرحلة (أول عشر ثواني) تخصص للأصوات الفردية المتباينة ؛ فيما بعد يتم زيادة سرعة التبديل حتى تصبح صوت كل (٥) ثواني. أخيراً تنتهي هذه الفنية بالإجراء الأكثر اختصاراً (١-٢) دقيقة وهو تقسيم الانتباه فيتم تكليف المرضى لتوسيع الانتباه مع محاولة معالجة الأصوات والمواقع المتعددة بطريقة آنية(Wells, 2000, 141).

(٤)تطوير إجراءات التدريب على الانتباه:-

يتم تطوير إجراءات التدريب الانتباهي عندما يكلف المعالج المريض بزيادة تحميل الانتباه بعدد من الأصوات المتباينة المتزامنة يفترض استخدامها في الجلسة العلاجية. بالإمكان زيادة معدل التبديل في الممارسات اللاحقة وفقاً لوعي و طبيعة المريض فمن بين (٦-٩) أصوات مجتمعة مع مواقع مكانية متباينة يتم تعيينها وتقديمها في التمرين اعتماداً على العمر الزمني للطلاب يتم تفعيل هذه الأصوات فردياً في مواقع في المحيط.قد لا تتواجد الأصوات أثناء تنفيذ تمرين محدد- على سبيل المثال- فقد يكلف المريض بالتركيز على أي صوت في المدى البعيد بحيث يتمكن من تحديد مصدره"على الجانب الأيمن أو الأيسر"بهذه الطريقة يتم توزيع الانتباه لمكان ما بدون الالتفات إلى حدوث الإحداث الصوتية المدركة الواقعة في المجال المحيط. توظف هذه الفنية من ثم خطة ماوراء معرفية داخلية للتوزيع المكاني والتحكم في شدة الانتباه وفقاً لنطاق من المعايير.هناك مجال عريض لتباين طبيعة المحددة لهذه الفنية بين الجلسات بحيث تعوض تأثيرات التدريب على صعوبة المهمة مع تزويد المتعالجين بمرونة كافية لتطبيق لفنية في غالبية البيئات. بالإمكان استخدام أصوات مسجلة في تنفيذ هذه الفنية كبدائل للأصوات الحية(Wells,2009,58).

(٥)فعالية فنية التدريب على الانتباه:

تم تطوير هذه الفنية كمكون احتمالي لعلاج الوساوس السمعية في ضوء النظرية ما وراء المعرفية للاضطراب النفسي عوضاً عن كونها أسلوب علاجي في حد ذاته. لقد أثبتت تلك الفنية فعاليتها في أحداث تأثيرات علاجية مثلى كمدخل علاجي مستحدث. تقترح نتائج أولية ذات دلالة بفاعلية التدريب على الانتباه في اضطرابات القلق كالفزع (Wells,1990) والفوبيا الاجتماعية(Wells,1997) والوسواس القهري (Fisher & Wells,2005) والوساوس المرضي(Papageorgiou & Wells, 1998) والاكتئاب الحاد المزمن (Papageorgiou & Wells, 1998)(Wells,2007,24).

بحثت تلك الدراسات وغيرها العديد من الحالات المرضية في ضوء العديد من المناهج البحثية متضمنة التصاميم الانعكاسية والسلاسل التجريبية التكرارية النظامية والتجارب المُحكمة العشوائية والتجارب غير المحكمة عند مقارنة العلاج التقليدي بمفرده مع خليط من العلاج التقليدي مع فنية التدريب على الانتباه(Wells, 2007,18-25).

(٦) اعتمادية فنية التدريب على الانتباه:

يستلزم من المعالج إجراء فحص اعتمادية لتحديد المدى الذي يتوقع عنده اقتناع المريض بجدوى هذه الفنية وذلك بطرح الأسئلة التالية:"ما مدى اقتناعك بجدوى ممارسة تلك الفنية بالنسبة لك؟" ،"هل يمكنك أن تعطيني نسبة (تبدأ من صفر - ١٠٠%) على جدوى تلك الفنية؟". من المفترض استكشاف الدرجات المنخفضة من الاعتمادية لمحاولة تدعيمها بالمنطقية النظرية مع تأكيد المعالج على استيفاء الاشتراطات السالفة لتدعيم منطقية وعقلانية هذه الفنية.يحسن المعالج درجة الاعتمادية بمراجعة الخبرات التي يحوزها العميل مع توجيه الانتباه للانطباع الذي يمتلكه على أفكاره ومعتقداته.ربما تتناقض هذه المنطقية مع التأثيرات الايجابية عن تشبعه بالأنشطة المرتكزة خارجياً لتوضيح وتفسير دور الانتباه وأهميه تقوية التحكم عليه(Wells,2009,60).

أ- التقييم الذاتي للانتباه:-

يعتبر التقييم الذاتي للانتباه مؤشر مهم لفاعلية الإجراء المناقض للمتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) حيث يستخدم مقياس من سبع درجات لبيان مدى تغير الانتباه الذاتي و هذا المقياس متاح التحصل في كتاب" Metacognitive therapy for anxiety and depression"ويتمثل في السؤال التالي:"في هذه اللحظة إلى إي مدى يرتكز انتباهك

على ذاتك أو على البيئة الخارجية؟" من فضلك أشر عن طريق تحديد الرقم على التدريج الموضح(Wells,2000,144).

+٣	+٢	+١	صفر	-١	-٢	-٣

التركيز الانتباهي نحو الخارج كلياً   تساوي   التركيز الانتباهي نحو الذات تماماً

يقوم المعالج بإدارة تقييم الانتباه الذاتي قبل الجلسة التدريبية الأولي لفنية تدريب الانتباه (ATT)وعقب انتهاء الممارسة مباشرة. تتحقق درجة انخفاض معيارية على الأقل بمقدار درجتين بعد انتهاء أول جلسة ممارسيه وفي حالة عدم حدوث هذا الانخفاض من المفترض على المعالج اكتشاف الأسباب المحتملة لعدم تحقيق التغير الايجابي.قد تتضمن أسبابه نقص الجهد المبذول نتيجة لضعف الاقتناع بجدوى هذه الفنية كما سبق التوضيح أو نتيجة لتطبيق بعض الاستراتيجيات المعارضة "المشتتة" أثناء الممارسة كالكبح الفكري وأحلام اليقظة وتحويل الانتباه نحو جوانب التهديد (Wells,2009,60). من المفترض على المعالج في هذه الحالات تدعيم هذه المنطقية مع التأكيد على أولوية مهام الانتباه عوضاً عن العمليات المتعارضة وعندها يستلزم إعادة الممارسة مرة أخرى؛ يفترض على المعالج أن يستفسر بشكل عام عن مدى شعوره بعد إجراء هذه الفنية مع تحديد أي اهتمامات تتعلق بالخبرات الحسية والإدراكية التي ربما تتبع تنفيذ هذه الفنية(Wells,2000,146).

ب-التغذية الراجعة من المرضى:-

يستفسر المعالج في هذه المرحلة عن الخبرات العامة المحتمل حدوثها كنتيجة لممارسة فنية التدريب الانتباهي(ATT) فيمكن أن تحدث تلك الفنية تغيرات إجرائية كالحساسية المؤقتة تجاه المحفزات الخارجية والخبرات ما وراء المعرفية التي تعتبر حالة متميزة اعتيادية للمرضى كخبرات الهدوء العقلي المؤقت التي يفترض معادلتها (Wells,2000,146). من المفترض على المعالج في نهاية الممارسة التدريبية أن يتساءل عن درجة سهولة الممارسة فيفترض على المعالج التركيز على اعتبار هذه الفنية فنية تدريبية ذات فعالية(Wells,2009,63)؛ ويتطلب هذا الأمر من المعالج أن يعي العبارات التي توضح افتراضات غير مجدية عن استخدام تلك الفنية- على سبيل المثال - يفترض بعض المرضى بأنهم غير قادرين على ممارسة تلك الفنية بفاعلية نظراً

لامتلاكهم أفكاراً ومشاعر تطفلية أثناء الممارسة. في هذا الوقت يعيد المعالج التأكيد على أن هدف تلك الفنية يتمثل في التحكم في الانتباه بطريقة محددة وليس مجرد إزالة الوعي بالإحداث الداخلية (Wells, 2000,146).

ج-التكليف المنزلي:-

يعتبر التكليف المنزلي المكون الجوهري في فنية التدريب علـى الانتبـاه، فيكلـف المرضى عادة بممارسـة تلـك الفنيـة مـن مـرتين إلـى خمـس مـرات يوميـاً (Wells,2000,147)؛مع جدولة التدريب بحيث يستغرق حـوالي (١٢) دقيقـة مـع المواظبة في ممارستها في ضوء جدول لممارسات التدريب الانتباهي المنزليـة كـدليل يوضح مرات وأيام الممارسات التدريبية وأيضا كوسيلة لمراقبة للتحسن في الممارسـة مع تعيين بعض المصادر الصوتية المتاحة في البيئة المنزلية(Wells,2009,63-65).

(٧) المشكلات التي ربما تعترض نجاح التدريب الانتباهي و كيفية تجنبها:-

يواجه المعالج بعض المشكلات عند تنفيذ تلك الفنية وسيتم توضـيح بعـض هـذه المشكلات وبعض الاقتراحات لحل تلك المشكلات:-

أ-الفشل في الممارسة:-

في بعض الأحوال يطبق المعالج ما وراء المعرفي فنية التدريب على الانتباه كوسيلة مباشرة لتجنب الانفعالات والخوافات والتهديد المتوقع حيث قد يعتبر بعض المتعـالجين هذه الفنية كشكل من أشكال التشويش على الانفعالات أو كوسيلة للتحكم في الانزعاج أو لكبح الأفكار الوسواسية(Wells,2009,64).الواجب على المعالج فحص هذه الحـالات مع تدعيم فكرة عدم ممارسة هذه الفنية كإستراتيجية لمواجهة أو مسايرة التهديدات؛ من المفيد تطبيق أسلوب الاستعارة لنقل فكرة أن فنية التدريب على الانتباه ليست شكلاً من أشكال التجنب الانفعالي.وليست إستراتيجية للمواجهة نظراً لأنها قد تتداخل مع المعالجة الانفعالية التصويبية المتمثلة في المعتقدات ما وراء المعرفية المغلوطة عـن خطـورة وعواقب الأفكار و المشاعر.علاوة على أن عدم وقوع الكارثة – من وجهة نظر العميل – كالإغماءة من تأثير الانزعاج يتم أعزاؤها بطريقة مغلوطة لتطبيق فنية التدريب على الانتباه و ليس لحقيقة أن الكارثة غير متحققة من الأساس(Wells,2009, 66).

يستخدم الجدول الملخص لجلسات تدريب الانتباه بغرض زيادة المعدل الممارسـي؛ فقد يحدث الفشل في الممارسة نتيجة لضعف عمليات التوفيق الاجتماعي أو لضعف فهم

منطقية و اعتمادية تلك الفنية. يستوجب هذا الأمر من المعالج الاستمرار في تطبيق فنيات أكثر لتحقيق التوفيق الاجتماعي.

ب- استمرار المتلازمة الإدراكية الانتباهية:

قد يمارس المتعالجون تلك الفنيات باعتبارها شيء متعارض مع إستراتيجيتهم المفضّلة "الاجترار الفكري/ الانزعاج"" بالتالي تظل الدافعية لاستمرار الاجترار الفكري/الانزعاج في المتلازمة المعرفية الانتباهية.قد تنشأ تلك المتلازمة عن طريق :أ) الوجود المستمر لعناصر الانزعاج و الاجترار الفكري أثناء الممارسة التدريبية حيث قد يستغرق الفرد فترات طويلة لا يمتلك أي قدرة على الانخراط في نشاط عقلي مع الأصوات حيث تستنفذ الاجترارات الفكرية والمعتقدات السلبية موارده الانتباهية؛ وثانيهما:اعتبار الممارس التدريب الانتباهي بكونها ممارسة من المفترض أجراؤها بسرعة بالتالي لا يستفيد الفرد منها نتيجة لانكبابه في التفكير على مشكلاته.

(٨)اثر التدريب على الانتباه في علاج اضطرابات القلق :-

تم دراسة التعديلات الانتباهية بجميع أنماطها عبر نطاق واسع من الظروف حيث تشتمل على تأثيرات المشتتات تحت ظروف المحاكاة المؤلمة دراسة(McCaul & Haugtuedi, 1982)؛وتحت تأثيرات التعرض للمكونات المخيفة كدراسة(Sartory , Rachman ,& Grey,1982).في مجال بحث علاج الفصام(الشيزوفرانيا) تم استخدام تعديلات الانتباه في ضوء التعرض للمكونات المخيفة في اضطراب الوسواس القهري لبحث تأثيرات التركيز على التلوث في دراسة (Grayson, Foa ,& Steketee,1986)؛و كذلك لمعالجة العيوب الإدراكية كما في دراسة(Suslow, (Schonauer et al., 2001) (Wells, 2007,134).

يفترض الباحث عند تضمين التحليل السابق اعتبار فنية التدريب على الانتباه مدخل مفيد و مجدي لمعالجة الأصوات بحيث تساهم في تطوير تحكم انتباهي و إدراكي مرن، و من ثم منع الشخص من إجراء أيه استراتيجيات مرضية مختلة بتطوير خطط معالجة بديلة تتعارض مع المتلازمة المعرفية الانتباهية .ربما تساعد هذه الفنية في إعادة تكوين المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية عن طبيعة الأصوات كخبرات داخلية حميدة. اعتمدت جميع الدراسات السابقة على فرضية أن التشوهات المعرفية تتضمن عمليات انتباهية مبتكرة فتعتبر المهام المستخدمة متباينة و مشتملة على تدريب تيقظي مكثف كدراسة(Benedict et al., 1994) وتوفيق الإشكال كدراسة (Field, Galletly,

(Anderson & Walker, 1997) واستراتيجيات الجبر الرياضية ونسخ الأشكال البصرية واسترجاع المواد اللفظية والبصرية كدراسة (Olbrich & Mussgay, 1990) (Wells, 2007, 135).لقد ظلت فنيات التدريب الانتباهي متعارضة مع الاستراتيجيات الانتباهية اللاتوافقية التي تم ذكرها سلفاً باعتبارها فنية تجريبية معتمدة على نظرية تستهدف تعديل العوامل المعرفية لما وراء المعرفة الكامنة خلف الاختلال النفسي.

٣-استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه" Situational Attentional Refocusing Strategies":-

تعتبر استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه(SAR) إستراتيجيات مهمة لتعديل الانتباه والمعتمدة على أطار ما وراء معرفي ،فتختلف تلك الفنيات عن فنية التدريب على الانتباه في هدفها و طبيعتها(Wells,2009,68).تعتبر استراتيجيات أعادة التركيز الموقفي على الانتباه (Wells & Papageorgiou,1998) استراتيجيات علاجية مصممة لعكس الاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية الحالية التي يتبناها الفرد في سياق مليء بالضغوط فعلى الرغم من أن أنماط هذه الاستراتيجيات الانتباهية قد تتباين بين المتعالجين عبر تنوع من الاضطرابات الانفعالية بحيث تمنع الاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية الشخص من تعديل معرفته حيث تتضمن الاستراتيجيات الانتباهية المختلة بشكل نموذجي كل من عناصر التركيز الذاتي البالغ كما في الفوبيا الاجتماعية أو المراقبة غير الملائمة للتهديد و التي تشخص في العادة في قلق ما بعد الصدمة(PSTD) والوسواس القهري (OCD)(Fisher & Wells,2009,107).

أ-الهدف العام لاستراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه:-

تعتبر معالجة الانتباه في استراتيجيات أعادة التركيز الموقفي للانتباه أساس لتنفيذ التعرض ما وراء المعرفي لتسهيل التحكم الإدراكي باكتساب استراتيجيات المعالجة المدعمة لاستدخال المعلومات التصحيحية (Wells,2009,70).تقوم التجارب التعرضية من عملية استجواب للبيئة الخارجية عن طريق فحص علامات الانزعاج/فشل الأداء مع اختيار التوقعات المتعلقة بهذا الموقف الوشيك.تتمثل الخاصية الأساسية الجوهرية لتلك التجارب في استهداف المعالج تقديم العميل إلى التفاعلات الاجتماعية أثناء التحكم في إجراء العمليات المعرفية بشكل يسهل من تغيير الإدراك(Wells,2000,151).

يتمثل الهدف الأساسي لاستراتيجيات إعادة التركيز الموقفي بالتالي في أنها تسمح بتفعيل المعالجة ما وراء المعرفية لتقليل التركيز الذاتي البالغ مع السماح لجميع المعلومات الحديثة كي يتم اندماجها في النظم العلاجية.عند تصميم استراتيجيات فعالة للتعديل الانتباهي من الواجب أخذنا في عين الاعتبار ثلاث عوامل:ا)طبيعة الاستراتيجيات الانتباهية غير المجدية المستخدمة من قبل المتعالجين في المواقف المهددة؛ ب)هدف عملية التعديل الموقفي للانتباه؛ ج)التأثيرات الضارة المحتملة لتطبيق التعديل الانتباهي(Wells,2000,151).

ب-أثر استراتيجيات التعديل الانتباهي على ما وراء المعرفة:-

تعتبر استراتيجيات التعديل الانتباهي استراتيجيات قوية تؤثر على ما وراء المعرفة حيث أنه تقوى خطط للتحكم و توجيه المعالجة الجارية مع زيادة مرونة عمليات التحكم الانتباهي و المشوهة من الاضطراب النفسي. يفتح تطوير مجال البحث في الاستراتيجيات الانتباهية المعتمدة على نظريات تربط الانتباه بالميكانزمات العرضية في مجال علم النفس المرضي مجال عريض من الاحتمالات العلاجية الجديدة.بالإمكان بناءاً على هذا الأمر تطوير عمليات الانتباه خلف أشكل معيارية لفنية التشويش "Distraction".يستهدف من التعرض ماوراء المعرفي أن يعمل على:١)تعديل عمليات التحكم الانتباهي؛و ٢)عكس أنماط المعالجة غير المجدية؛و ٣)تحسين تدفق المعلومات الأكثر تكيفية داخل الوعي والتي بإمكانها تغيير محتوى ما نعرفه(Wells,2000,143).

تعتبر فنية التعرض مكون ضمني في البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات ماوراء المعرفة؛ لكن لا يستلزم في تلك البرامج العلاجية القيام بتعرضات مطولة ومتكررة لتحقيق التغير الانفعالي.يتباين هدف أسلوب التعرض في العلاج ما وراء المعرفي عن أسلوب التعرض في المدخل السلوكي ،فعلى الرغم من تطبيق كلاً الأسلوبين بغرض تعديل المعتقدات وتقوية وتدعيم بدائل أكثر تكيفية للمعالجة إلا إن هناك ثلاثة أغراض أساسية للتعرض ما وراء المعرفي فهي :أولاً، لتسهيل تغير المعتقد ما وراء المعرفي المختل بالتوازي ، وثانياً، إيقاف وتحجيم المتلازمة المعرفية الانتباهية على وجه الخصوص المتعلقة بالصورة الذاتية للفرد، ثالثاً ، تحفيز معالجة تكيفية للصدمة (Wells,2009,50-55).

(١)تسهيل تغير معتقد أو فكرة متسلطة:-

يمكن اعتبار أي تجربة سلوكية متضمنة للتعرض للمحفزات المخيفة بهدف اختبـــار المعتقد في حد ذاتها فنية ما وراء المعرفية غير محددة نظراً لأنها تثير تقدير للإدراك؛ فيمكن لتجارب من هذا النوع أن يتم تحسينها عن طريق تقديمها في صياغة مـــا وراء المعرفية أكثر تحديداً.فتمثل الطريقة التي يقوم فيها المريض بمعالجة المعلومات أثنـــاء وقبل و بعد التعرض ، و التي بالإمكان التحكم بها لتضخيم التغير العقائدي. يمكن أن يتم الربط بين تغير الاعتقاد العام مع كتابة سيناريو ما وراء المعرفـــي أو خطـــة لتوجيـــه المعالجة. فعلى سبيل المثال كانت هناك حالة لمريضة بالفوبيا الاجتماعية تتجنب بشكل كامل محاولة الالتفات لوجود الآخرين أثناء التفاعلات العلاجية كما أنها أيـــضاً تجتـــر فكرياً الانطباع الذي ربما يستحوذ عليها لساعات بعد انتهاء الموقف الاجتماعي فعلـــى الرغم من حقيقة أنها تتعرض بشكل يومي للمواقف الاجتماعية ، إلا أن اعتقادها بـــأن الآخرين يعتقدونها "غبية "أو"غريبة الأطوار" قد كان موجوداً لأعـــوام عديـــدة حيـــث خضعت لبرنامج علاجي معرفي سلوكي تقليدي منذ سنوات بعيدة حيث كانت تتعـــرض للعديد من المواقف الاجتماعية أثناء محاولتها للتحكم في القلق و استخدام أساليب التوكيد الذاتي فقد ساعدها هذا الأمر في هذه المرحلة و لكنها أحست أن انزعاجها ربما تـــسبب لها في كونه مشكلة . ولكن أثناء تطبيق البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي قد تعرضت فيه لعدد من التفاعلات الاجتماعية تحت شروط التركيز الانتباهي على أوجه الآخـــرين ؛فقد تم تكليفها على الأخص لمحاولة تكوين انطباع كامل عن ما قد يبدو علـــي أوجـــه الآخرين لدرجة كما لو أنها تحتاج للتعرف عليه في زحام من الأشخاص – بالإضـــافة إلى أنه قد تم إرشادها لملاحظة و تحديد أذا ما كانت قد بدأت في تحليـــل أدائهـــا بعـــد الحدث مع منع هذا الحـــدث بتطبيـــق فنيـــات تجزئـــة التـــيقظ الـــذهني" Detached Mindfulness" لأفكارها التطفلية ، و قد مكنها هذا الإجراء من تنسيق أسلوب المعالجة أثناء و بعد التعرض للمواقف الاجتماعية لاكتشاف أن مشكلتها كانت في التفكير السلبية و لكن ليس فيما يعتقده الناس".

(٢)إيقاف أو تحجيم المتلازمة المعرفية الانتباهية:-

فيستهدف المعالج ما وراء المعرفي على وجه الخـــصوص المتلازمـــة المعرفيـــة الانتباهية و ما يحفزها من معتقدات ما وراء المعرفية(على الأخص السلبية عن التفكير

الاجتراري و كذلك القلق الايجابي)؛بالتالي يتم تقديم التعرض بمنطق تستهدف تعـديل الاستراتيجيات الانتباهية المختلة.

(٣)تسهيل المعالجة التكيفية للصدمة"Trauma":-

يستهدف هذا النمط من التعرض المقدم في أطار ما وراء المعرفي لإزالة جوانـب المعالجة اللاتكيفية و كذلك أنماط المواجهة و التي تتداخل مع التنظيم الذاتي و على هذا فيستخدم هذا الموضع عادة في البرامج العلاجية ما وراء المعرفية لاضطراب قلق مـا بعد الصدمة . فهنا يتم توجيه المريض كي يستجيب للأفكار التطفليـة الآنيـة بطريقـة محددة تسهل عمليات ضمنية و تلقائية للتنظيم الذاتي.و لا يتم تقديم هذه المعالجة كاختبار للاعتقادات و لكن كوسيلة لإزالة الحواجز للمعالجة الانفعالية الاعتيادية- علـي سـبيل المثال- يتم توجيه المرضى من ذوي قلق ما بعد الـصدمة (PSTD) كـي يعترفـون بتطفلاتهم الفكرية و كذلك للامتناع عن الانخراط معهم بوسيلة ما بتحليل الحدث أو دفع التطفلات بعيداً أو الانزعاج بحقيقة خطورة المستقبل القريب. يتم تقديم هذا المدخل من منطلق أن التعافي الانفعالي يعتبر عملية طبيعية تحدث تلقائياً لو لم يتم إيقافها عن طريق استجابات غير مجدية محدودة للأفكار أو الانفعالات(Wells, 2009, 55).يتم توضـيح نمطين من الأنماط الشائعة عند تنفيذ هذه التجارب التعرضية: بروتوكول بيتس للتعرض ما وراء المعرفي ،و أساليب إعادة العزو السلوكي "التعرض مع منع الاستجابة".

ج-بروتوكول بيتس للتعرض ما وراء المعرفي(PETS Protocol):-

عادة ما تأخذ التجارب السلوكية البروتوكول المسمى(PETS) أربعة مراحل وهـي عبارة عن إستراتيجية للتعرض تبدأ بالتجهيز أو الإعداد"Prepare" ثم التعرض للتجربة السلوكية"Expose" و بعدها يبدأ اختبار معين للتحقق من مصداقية الاعتقاد المكتسب من عدمه"Test" و أخيراً تنتهي التجارب السلوكية بالتلخيص "Summarize"لما حدث فـي التجربة؛ من الأفضل تجهيز تجربتين سلوكيتين على الأقل في كـل جلـسة علاجيـة بالإضافة إلى أن البرنامج المختصر يتكون من قليل أو عدم تواجد أي اعتراض لفظـي للأفكار السلبية و لا يستهدف في هذه الحالة المعتقدات السلبية العامة عن الذات كعنصر اجتماعي باستخدام هذا المدخل بالاعتماد على هذا المعيار كمؤشر على تفنيد تقـديرات الوعي الذاتي(Wells,2000,124).فيستخدم المعالج كل مـن تلـك العمليـات بـشكل اعتيادي لاختبار توقعات محددة قائمة على اعتقادات و أفكار المرضى.فيمثل كل عنصر منها مرحلة في تتابع متسلسل. فتستخدم هذه التجارب لعلاج اضطرابات القلـق.علـى

الرغم من أنها تدمج التعرض إلا أنها عادة ما تكون مختصرة و مقترنة بمنطق محـــدد وإستراتيجية أو اختبار لا تأكيدي. يتكون نظام (PETS) في العادة من اختبار المعتقدات ما وراء المعرفية مثل اعتقادات "لا يمكنني السيطرة على انزعاجي "و "يمكـــن اعتبـــار أفكاري ضارة عليَ "و"الانزعاج مفيد". يعتمد"بروتوكول بيتس PETS Protocol" على أربعة أهداف أو مبادئ أساسية تستهدف:

١- تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة.

٢- تسهيل المعالجة التكيفية في حالة حدوث صدمة ما "trauma".

٣- دعم و تقوية تحول الانتباه للتركيز على المحيط الخارجي.

٤- تطـــوير اســـتراتيجيات جديـــدة لمعالجـــة البيئـــة الاجتماعيـــة الخارجيـــة. (Wells,2007,21,22)

يؤكد المدخل ما وراء المعرفي على دور وظائف التحكم الإدراكي فـــي معالجـــة الاضطراب النفسي حيث تعرض أن بعض الوظائف بالإمكان تـــدعيمها عـــن طريـــق تطوير تقنيات انتباهية كالتدريب على الانتباه بحيث يسمح الـــتحكم المـــرن الانتبـــاهي المحسن و المرن الشخص لكي يغير معتقداته مع معالجة العناصر المهددة بأسلوب أكثر تكيفياً كالنقد أو الأفكار التطفلية مع تعديل المعالجة الانفعالية بـــدون إثـــارة المتلازمـــة المعرفية الانتباهية المكتملة النضج"Full-Blown" (Wells,2009,70).

- مراحل تنفيذ بروتوكول بيتس:

أول مرحلة من تجربة التعرض عن طريق بروتوكول (PETS) هي "الإعداد"،وهي تتكون من التركيز على الاعتقاد ما وراء المعرفي المستهدف المطلوب مواجهتـــه؛حيث يتضمن اكتشاف الدليل الداعم للاعتقاد و لسلوكيات المسايرة التي تمنع التأكيدية له. في هذه المرحلة يتم إجراء تقييم للاعتقاد و لسلوكيات المسايرة التي تمنع حدوثه لو تم تعديل سلوكيات المسايرة. بفعل هذا الإجراء يمكن أن يزود المعالج بهدف واضـــح للتجربـــة التعرضي كوسيلة لتقييم الفكرة/ الاعتقاد؛ والمرحلة الثانية هي "التعرض"، و فيها تشير إلى عرض المريض على حدث داخلي ينشط اعتقاد ما وراء المعرفي، كـــأن تـــشتمل التجربة التعرضية على إحساسات و أفكار جسدية كما في الوسواس القهري؛ أو عبارات تصريحية تودي بطريقة اعتيادية إلى الفكرة المحفزة للقلق كما في اضـــطراب القلـــق المعمم ؛والمرحلة الثالثة هي"الاختبار"، وفيها يتم إجراء تغير في السلوك و الذي يقـــوم مقام اختبار غامض لتوقع المريض السلبي؛ والمرحلة الرابعة هي "التلخيص"، و تتضمن

تلخيص نتيجة الاختبار بالترابط مع التوقع الأصلي و بعدها يتم إعادة التقييم للاعتقاد؛ وبالتالي يسمح بتكرير و تحسين التجربة مع السماح بمستوى منخفض من الاعتقاد (Wells,2009,250).

د-أساليب إعادة العزو السلوكي(التعرض مع منع الاستجابة) Exposure with Response Prevention):

يستخدم المعالج عادة أشكال متباينة من تجارب التعرض مع منع الاستجابة لتحدى المعتقدات من خلال التقييمات والتوقعات السلبية الأكثر شيوعاً. فعلي سبيل المثال يمكن لمريض الفوبيا الاجتماعية أن يزيد من الاجترارات الفكرية غير المرغوبة مع تطويل مدتها في محاولة منه للتصرف بأساليب خطرة ليس لها خطورة أو تأثير خطير عليه كالتقييم السلبي المتوقع من قبل الآخرين.يعمل التعرض لتلك المواقف الاجتماعية الأدائية والتفاعلية بالتالي كوسيلة لتحدي المعتقدات الكارثية المرتبطة بمثل هذه المتغيرات مع استبعاد سلوكيات الأمان.تعتبر هذه التجارب بالتالي بمثابة مناورة "Maneuver" لتسهيل العزو نتيجة لعدم صحة الاعتقاد الأصلي(Solem et al., (2009, 301-307).يعتمد بالتالي أسلوب التعرض مع منع الاستجابة على أربعة أهداف أو مبادئ أساسية تستهدف:-

١- إعادة التصور المفاهيمي لهدف التعرض ومنع الاستجابة "Exposure–Response Prevention" باعتبارها إحدى التجارب السلوكية لمواجهة المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة.

٢- مواجهة المعتقدات السلبية العامة أو المتعلقة بالذات أو بخطورة ولا تحكمية الانزعاج و عدم الارتياح الانفعالي.

٣- التعرض للسلوكيات و المواقف الاجتماعية و التي بإمكانها تصحيح المعتقدات المختلة،و خاصة معتقدات القلق الايجابي التي تعمل على إطالة الحالات الزمنية للانشغال الفكري مع انشغال التفكير.

٤- الاستحواذ على الموارد الانتباهية اللازمة للعمليات و المعالجات الإجرائية واللازمة لتعديل تلك المعتقدات(Fisher & Wells,2005).

- مراحل تنفيذ أساليب إعادة العزو السلوكي:

يمكن استخدام أشكال متباينة من تجارب التعرض مع منع الاستجابة لتحدى المعتقدات من خلال التقييمات و التنبؤات السلبية الشائعة عن معتقدات المريض السلبية.

بإمكان مريض الفوبيا الاجتماعية زيادة توارد الاجترارات الفكرية غير المرغوبة مع تطويل مدتها في محاولة للتصرف بأساليب خطرة ليس لها خطورة فعلية في الواقع أو أي تأثير خطير عليه كالتقييم السلبي المتوقع من قبل الآخرين. يعمل التعرض للمواقف الاجتماعية الأدائية و التفاعلية بالتالي كوسيلة لتحدي الاعتقادات الكارثية المرتبطة بمثل هذه المتغيرات مع الاستجابة (استبعاد سلوكيات الأمان).بالتالي تعتبر تلك المحاولات بمثابة مناورة"Maneuver" مشككة تعمل على تسهيل العزو لعدم صحة الاعتقاد الأصلي والواجب في هذه الحالة إجراء فحص تفصيلي لجميع الاستراتيجيات والسلوكيات اللاتوافقية الظاهرة و المستترة.بإمكان المعالج البدء بأسلوب المحاضرة كالأتي:"من الطبيعي أن تمتلك أفكار مثل التي يمتلكها غيرك و لكن مع ذلك غير قادر على اكتشاف أن أفكارك غير ضارة و ليس لها معنى في العالم الواقعي نظراً لقيامك بأشياء تمنع وقوع أيه أضرار كبعض السلوكيات و احتياطات الآمان.بالتالي عند عدم تنفيذ أية سلوكيات أو احتياطات ستكتشف أن أفكارك ليست ضارة".

ه- دواعي تطبيق استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه:

يمكن تطبيق استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه بشكل صريح لتعديل المعتقدات لكونها خاصية للتجارب السلوكية.عادة ما يعتقد الأشخاص من ذوى الفوبيا الاجتماعية–على سبيل المثال–أن الجميع ينظر إليهم حينها يزعمون بامتلاكهم درجة بالغة من الوعي بانتباههم إلا إن وعيهم لا ينبع من وجهة نظر الآخرين و لكن من الشعور بالوعي الذاتي.تعتبر المعالجة الخاصة بالفرد أحياناً غير ملائمة لاكتشاف مثل هذه الحقيقة و من ثم يفترض تعديلها (Wells,2009,68).

بالإمكان تطبيق فنية أعادة التركيز الموقفي على الانتباه "SAR" في المواقف الإشكالية والضاغطة كوسيلة لتهيئة المعالجة بطريقة نافعة لتطوير تقديرات ومعتقدات تكيفيه؛فلا تعتبر إستراتيجية مسايرة تستهدف منع الانفعال أو إزالة التهديد لكن يتم تطبيقها كوسيلة لتعطيل أنماط الانتباه غير المجدية التي تعزز أحساس غير واقعي لتهديد أو كوسيلة لزيادة تدفق المعلومات الحديثة داخل الوعي لتعدي المعتقدات(Wells, 2009,68).

في البرنامج العلاجي من المجدي تكليف المرضى للمشاركة في مواقف اجتماعية مخيفة بشكل نشط مع الآخرين لتحديد كيفية رؤية الآخرين لذواتهم. يتم توجيه المرضى أيضاً لتعمد ارتكاب أخطاء كإلقاء شيء ما على الأرض أو أظهار علامات القلق أثناء

تركيز الانتباه على الآخرين بغرض تحديد الحقيقة عن التفاعل الخاص بالآخرين حتى تحت ظروف سلبية. في هذه التجارب تعتبر علامات إظهار الأداء الفاشل أكثر ارتبطاً مع إعادة التركيز الموقفي على الانتباه أمثلة للاختبارات أو الحيل اللاتأكيدية في التجارب السلوكية نظراً لأنها تتحدى التوقعات والمعتقدات النشطة(Wells,2009,68).

و-فعالية استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه(SAR):

لقد تم إدماج هذه الاستراتيجيات في برامج علاجية للفوبيا الاجتماعية كدراسات(Clark & Wells,1995) و (Wells & Papageorgiou,1998) و في علاج قلق ما بعد الصدمة(PSTD) كدراسة(Wells & Sembi,2004).قام كل من (Wells & Papageorgiou,1998)-على سبيل المثال - بتكليف عدداً من الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية بالانخراط في جلسة من التعرض للمواقف الاجتماعية المخيفة أثناء تركيز انتباههم خارجياً على خصائص البيئة الاجتماعية كألوان الشعر أو ألوان أعين الآخرين. كما تمت المقارنة بين هذا الظرف التعرضي مع جلسة واحدة من التعرض المنفرد بمنطقية سلوكية ،وتوصلت الدراسة إلى أن التعرض مع وجود ظرف لإعادة تركيز الانتباه خارجياً كان أكثر فعالية في تقليل المعتقدات السلبية وخفض الانزعاج مع تغيير الصورة التي يمتلكها المرضى عن ذواتهم فيما بعد (Wells,2009,68).

(١) مع اضطراب قلق ما بعد الصدمة(PSTD):-

تبدو الاستراتيجيات الانتباهية المختلة واضحة في قلق ما بعد الصدمة كما أنها توجه أيضاً من قبل المعتقدات القلق الايجابي ما وراء المعرفية.عن الطبيعة تلك الاستراتيجيات- على سبيل المثال- أن يبدو المريض أكثر تيقظاً بشكل متكرر للتهديد المدفوع من قبل معتقد مثل:"فحص التهديدات يجعلني في مأمن" حيث يساعد المعالج على إعادة استقطاب انتباه الشخص إلى المحفزات المحايدة وإشارات الآمان في البيئة فيتم عن طريق هذا الأسلوب إزالة برامج الخطر والتهديد مع السماح للإدراك لكي يوائم نمط ما قبل حدوث الصدمة كما في دراسة(Wells & Sembi,2004) (Fisher & Wells,2009,109).

(٢) مع اضطراب الفوبيا الاجتماعية(SP):

لقد بحث (Wells & Papageorgiou,1998) تأثيرات إستراتيجية إعادة التركيز الموقفي للانتباه بالترابط مع التعرض في الفوبيا الاجتماعية.عند الدخول في المواقف

الاجتماعية المثيرة للانزعاج يعمل الأفراد من ذوي الفوبيا الاجتماعية على ألا يكونــوا في حصن من إنشاء انطباع جيد مع ميلهم إلى تحويل انتباههم داخلاً أثناء معالجة الذات ككائن اجتماعي(Clark & Wells,1995) فينشغل الفرد في معالجة مرتكزة على الذات عند التعرض لموقف اجتماعي مخيف يتم توجيهه من قبل المعتقدات الايجابية المتعلقــة بوسيلة التركيز الذاتي مع التركيز على علامات وأعراض الانزعاج. يقــوم المرضـــى بتوزيع انتباههم بصورة منصبة على الذات تتعلق بمدى ظهورهم أمام الآخــرين–مــن منظور المراقب. في هذه الصورة يتم النظر لعلامات الانزعاج بصورة واضحة أكثــر مبالغة حيث يعمل الاضطراب على معالجة المعلومات والنماذج الاستبطانية كصورة أو انطباع سلبي عن كيفية ظهوره أمام الآخرين حيث يــتم مبالغــة أعــراض الانزعــاج وعلامات ضــعف الأداء كمـــا فـــي دراســـة(Wells, & Papageorgiou ,1998) .(Wells,2009 ,68)

ز–تضمينات استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه في الفوبيا الاجتماعية

تعمل استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه في اضطراب الفوبيا الاجتماعية على تمكين المتعالجين من تحويل انتباههم خارجياً عوضاً عن البقاء مرتكــزين حــول ذواتهم.عادة ما يعبر المرضى من ذوى الفوبيا الاجتماعية – على سبيل المثــال–عــن اهتمامهم بأن الناس يحملقون فيهم في الأماكن العامة والمفتوحة؛ فعندما يدخل الطالــب المعلم فصل العملي أو المدرج داخل الكلية يعتقد أن جميع زملائــه ســيلتفتون للنظــر تجاهه؛عند هذه اللحظة يستفسر العميل عن درجة صدق هذا المعتقد حتى أنـــه يتجنــب الاتصال البصري في أعينهم في المواقف الاجتماعية.بدلاً من هذا فقد كــرس تركيــزه على مدى شعور وصورته السلبية في داخل عقله،و مثال آخر علـــى ذلــك احمَــرار المضطرب اجتماعياً خجلاً والتي قد تبدو ملحوظة في الصورة الذاتية في صورة ذهنـــه بحيث يرى الشخص نفسه كونه يشتعل خجلاً كلون البنجر و يتداخل تركيز ذاتي بالتالي في معالجة الخصائص الخارجية للبيئة الاجتماعية بحيث يفشل في فهم وإدراك بأنه ليس محل اهتمام كل الناس. يزيد التركيز الذاتي أيضاً من وعي وحدة القلق مع التقليل مــن الأداء في المواقف الاجتماعية(Wells, 2000, 148).

أتاحت التجارب السلوكية المتضمنة توجيه الانتباه خارجياً عوضـــاً عــن الــداخل للشخص لكي يدمج المعلومات الجديدة؛ و من ثم تتكون التجارب السلوكية ببساطة مــن

تركيز الانتباه خارجياً على الآخرين في المحيط الخارجي لتسهيل تغيير المعتقد Fisher (& Wells, 2009, 109).

قام(Wells & Papageorgiou ,2001) باستخدام البيانات التجريبية عن تأثيرات المعالجات الانتباهية في ضوء الأساس النظري للنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات لتصميم برنامج علاجي يتضمن تجارب التعرض وفنيات التغذية المرتدة السمعية والبصرية لتصحيح الصورة الذاتية السلبية المشوهة بحيث يتم التركيز بشكل كبير على استراتيجيات التعديل الموقفي للانتباه أثناء التعرض. تتضمن الإستراتيجية تركيز الانتباه على الآخرين وجوانب البيئة الخارجية. يؤكد البرنامج العلاجي أيضاً على عدم الاستمرار في القلق المسبق والانزعاج لما بعد الحدث بإتباع التعرض للمواقف الاجتماعي العصيبة(Wells,2000,154).

استخلاص الباحث:

في النهاية يخلُص الباحث إلى اعتبار فنيات التدريب على الانتباه (ATT) واستراتيجيات أعادة التركيز الموقفي للانتباه (SAR) من أساليب التعديل الانتباهي المباشر التي تشكل المكون الجوهري لباقة عريضة من الأساليب و الاستراتيجيات العلاجية في النموذج العلاجي ما وراء المعرفي. يقترح الدليل التجريبي بأن هذه الفنيات و الاستراتيجيات تمتلك قدراً عريضاً من الكفاءة حتى في حال استخدامه و تطبيقه بصورة فردية. بينما تصمم فنية التدريب على الانتباه (ATT) لزيادة التحكم التنفيذي ولإيقاف المعالجة التحفظية المرتكزة على الذات إلا أن استراتيجيات أعادة التركيز الموقفي للانتباه(SAR)تستهدف زيادة إدخال المعلومات اللاتأكيدية مع تصحيح الاستراتيجيات الانتباهية المتناقضة في المواقف الإشكالية كتعديل جوانب مراقبة التهديد في المتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS).

يعتقد الباحث من ثم بضرورة امتلاك المعالج ما وراء المعرفي عدد من المهارات الجوهرية لبناء وتنفيذ برنامج علاجي ذو فعالية تم تلخيصها في أربعة مهارات هي:١)قدرة المعالج على فهم المستويات المتباينة للإدراك مع التنقل بينها "التمييز بين المعتقدات ما وراء المعرفية وما هو مجرد معتقد اعتيادي" ؛ ٢)و مهارة المعالج في تعيين العمليات المعرفية المختلة التي تشكل المتلازمة المعرفية الانتباهية بأنماطها المتباينة؛٣)و مهارة المعالج في تطبيق إستراتيجية الجدل السقراطي؛ ٤)ومهارات تنفيذ التعرض ما وراء المعرفي وعلى الأخص بروتوكول بيتس للتعرض ما وراء المعرفي.

مناقشة عامة :

وفقـــاً للنمـــوذج الوظيفـــي التنفيـــذي لتنظـــيم الـــذات (S-REF) (Wells & Matthews, 1994) تتكون ما وراء المعرفة من عناصر المعرفة ما وراء المعرفية والخبرات ماوراء المعرفية والاستراتيجيات والخطط الإجرائية. تعتبـــر هـــذه العوامل عناصر متضمنة في عمليات التحكم في الإدراك بحيث تثير نمط من التفكيـــر يتسبب في الألم النفسي.

في الاضطرابات النفسية يعطي النظام ما وراء المعرفي اهتماماً كبيـــراً للمتلازمـــة المعرفية الانتباهية(CAS) المتضمنة لجوانب الانزعاج والاجترار الفكـــري ومراقبـــة التهديدات وسلوكيات المسايرة غير المجدية. فقد تشوش المعاجلة التكرارية أو الأفكـــار الاجتراري من الحلول الإجرائية مع زيادة الحالة السلبية فاستراتيجيات لاتوافقية كمراقبة التهديد الانتباهي قد تصبح إشكالية بسبب تعزيزها لإحساس الخطر.

عرض نموذج(Clark & Wells,1995)أن العوامل الأساسية المدعمة للاضطراب تشتمل على جوانب الانتباه المنصب على الذات، والمعالجات المسبقة و ما بعد الموقف. يتضمن الانتباه المنصب على الذات التركيز على الصورة السلبية من منظور المراقب. تتضمن المعالجات المسبقة القلاقل المتعلقة بمواقف اجتماعية وشيكة الحدوث في حيـــث تشتمل معالجات ما بعد الموقف التركيز على الخبرات الاجتماعية السالفة.علاوة علـــى ذلك تلعب السلوكيات اللاتوافقية كالتجنب دوراً مهماً في تدعيم الاضطراب الانفعـــالي. وفقاً للنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات ربما يتم تخزين تلك المعتقدات في الذاكرة طويلة المدى بالتوازي مع المعرفة ما وراء المعرفية.

حازت المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) في الفوبيا الاجتماعيـــة علـــى دعـــم تجريبي قوي فأثبتت العديد من الدراسات على وجود علاقة ارتباطيـــة بـــين الانتبـــاه المنصب على الذات و الفوبيا الاجتماعية كما في دراســـتي(Mansell et al.,2003)؛ (George &Stopa,2008)، علاوة على ذلك ارتبطت الفوبيا الاجتماعية بالمعالجـــات المسبقة كما فـــي دراســـتي (Hinrichsen & Clark,2003)؛ (Vassilopoulos, 2004, 2005) ومعالجات ما بعد الموقف كما فـــي دراســـات (Fehm et al.,2007)؛ (Kocovski, Endler & Rector,2005)؛ (Mellings & Alden,2000)، وسلوكيات للامان كما في دراسة (McManus et al., 2008).

الفصل الثالث

فروض الدراسة
والدراسات ذات الصلة
والفنيات و الاستراتيجيات العلاجية

الفصل الثالث

فروض الدراسة و الدراسات ذات الصلة

والفنيات والاستراتيجيات العلاجية

أولاً:فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور و الإناث في عينة الدراسة الأساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية بين القياسين القبلي و البعدي لمقاييس الدراسة السيكومترية: مقياس الفوبيا الاجتماعية ،ومقياس ما وراء المعرفة ،و قائمة الأفكار المقلقة في اتجاه القياس القبلي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي و التتبعي لمقاييس الدراسة السيكومترية: مقياس الفوبيا الاجتماعية و مقياس ما وراء المعرفة و قائمة الأفكار المقلقة.

ثانياً: الدراسات ذات الصلة:-

١-دراسات تناولت فاعلية بعض فنيات و استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي في علاج اضطرابات القلق والاكتئاب:

حتى الوقت الحالي أجريت و مازالت تجرى العديد من الدراسات تتعلق بفاعلية برنامج علاجي معتمد بشكل جزئي على الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية التي تم اشتقاقها في ضوء النظرية الوظيفية التنفيذية لتنظيم الذات (S-REF Theory) و النموذج التابع للنظرية بغرض معالجة نطاق عريض من الاضطرابات الانفعالية وتتمثل هذه الفنيات في النقاط التالية:

أ) فنيات تجزئة التيقظ الذهني(DM)"Detached Mindfulness Techniques":

١- أختبر كل من (Simons, Schneider,& Herpertz-Dalhmann,2006) في دراسة موضوعها:"فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في مقابل العلاج بالتعرض مع منع الاستجابة مع لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال " تأثيرات العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال حيث تم الاختيار العشوائي لعدد (١٠) أفراد من الأطفال وكذلك المراهقين و توزيعهم أما للمشاركة في برنامج للعلاج ما وراء المعرفي أو لبرنامج معتمد على استراتيجيات و ظروف التعرض منع الاستجابة.

لقد أشتمل البرنامج العلاجي المقترح على فنيات العلاج ما وراء المعرفي المتضمنة لفنيات تجزئة التيقظ الذهني، و التدريب على الانتباه مع بعض عناصر العلاج المعرفي السلوكي حيث تقترح نتائج التحليلات السيكومترية لهذه الدراسة أنه بالإمكان اعتبار البرنامج بديلاً مفيداً لأسلوب التعرض مع منع الاستجابة "Exposure with Response Prevention"(Simons, Schneider & Herpertz-Dalhmann, 2006).

٢- قام (عبد الله محمد عبد الظاهر، ٢٠٠٨) بدراسة موضوعها:"فاعلية برنامج مبني على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب كلية التربية بأسيوط في ضوء نموذج ويلز و ماتثيوس" ؛وهدفت الدراسة للتعرف على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في ضوء النموذج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري لويلز و ماتثيوس في دحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية لدى عينة من ذوي اضطراب الوسواس القهري من طلاب كلية التربية بالفرقة الثالثة و قد تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٤٤٢) طالباً و طالبة (١٠٢) ذكور ،(٣٤٠)إناث واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس اضطراب الوسواس القهري، ومقياس المعتقدات الوسواسية ،و مقياس التحكم في الفكر، و مقياس ما وراء المعرفة، و مقياس دمج الفكر، و برنامج العلاج ما وراء المعرفي و الذي تكون من (٢٢) جلسة علاجية مدة الجلسة (٩٠) دقيقة. لقد اشتملت العينة العلاجية على (٢٠) طالب و طالبة تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. قد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين اضطراب الوسواس القهري وكل من المعتقدات الوسواسية و استراتيجيات التحكم في الفكر أو معتقدات ما وراء المعرفية ومعتقدات دمج الفكر، كما توصلت نتائج الدراسة العلاجية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و درجات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الوسواس القهري لصالح القياس البعدي. كما أظهرت نتائج المتابعة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي و التتبعي على مقياس الوسواس القهري لصالح القياس التتبعي(عبد الله محمد عبد الظاهر،٢٠٠٨).

ب) فنية التدريب على الانتباه(Attention Training Technique "ATT"):

يشير (Rowa & Antony,2005) إلى أن إستراتيجية التدريب على تركيز الانتباه "Attentional Focus Training" تنطلق من النظرية و الدليل التجريبي على قوة

الانتباه المرتكز على الذات كخاصية للفوبيا الاجتماعية باعتبار أن الاستمرار في ممارسة هذه الإستراتيجية اللاتوافقية تعمل على بقاء و استمرار الأعراض المختلة لاضطراب الفوبيا الاجتماعية.لقد عمل العديد من الباحثين على التحقق من فاعلية التدريب المعتمد على تركيز الانتباه في مقابل مهام التدريب على المهمة" Task Concentration Training" في علاج الفوبيا الاجتماعية حيث يتعلم المتعالجون عن طريق هذه الممارسة التدريبية كيفية توجية الانتباه بشكل تفضيلي بعيداً عن أنفسهم تجاه الموضوعات الخارجية بداءً من المثيرات المحايدة نحو المثيرات المهددة المثيرة للقلق.وصف (Mulkens et al. , 2001) بأن تلك الفنية تتضمن ثلاثة مراحل متدرجة يتم عن طريقها إجراء هذه الممارسة التدريبية ، و هي إدراك ملائم لطبيعة الانتباه المرتكز على الذات،و تركيز الانتباه الخارجي على حالات ليس فيها تهديد،و تركيز الانتباه الخارجي على حالات فيها تهديد (Rowa & Antony, 2005, 312).

١- قام (Wells,1990) بإجراء أول دراسة تجريبية اعتمدت على فنية التدريب على الانتباه لحالة فردية لمريض من ذوي اضطرب الفزع "Panic Disorder"و القلق المنبعث من الاسترخاء في دراسة موضوعها:" خفض حدة القلق بالاسترخاء في علاج اضطراب الفزع بالتدريب على الاسترخاء:التدريب الانتباهي كمدخل علاجي مستحدث "، وهدفت إلى تحليل الارتباطات بين كل من اضطراب الفزع و إستراتيجية التدريب على الانتباه حيث لم يتم تحديد أي إطار زمني ثابت.لقد أكدت نتائج هذه الدراسة على العلاقة الارتباطية بين فنية التدريب على الانتباه(ATT) وانخفاض و حذف نوبات الفزع في المرحلة العلاجية الأولى للتدريب الانتباهي(ATT)؛ بعدها في المرحلة الثانية تم إلحاقها ببعض ممارسات التدريب الذاتي الهادف لعكس التركيز الانتباهي خارجياً مع إعادة تعيين جوانب التركيز الجسدي.لقد ارتبطت هذه المرحلة بتوارد نوبات الفزع تم إيقافها بإعادة تطبيق المراحل اللاحقة لفنية التدريب على الانتباه(ATT). تم تدعيم وتعزيز المخرجات العلاجية بعد مرور(٣) أشهر من المتابعة بعد انتهاء البرنامج. تؤكد هذه الدراسة على التأثيرات العلاجية البارزة لفنية التدريب على الانتباه في مقابل الاسترخاء التطبيقي"Applied Relaxation" حيث أن تأثير التدريب على الانتباه لا يتم أعزاؤه ببساطة للاسترخاء و لكن بحدوث انخفاضات في الاجترارات الفكرية المنصبة على الذات أو مراقبة الأعراض (Wells, 1990,273–280).

٢- أختبر (Papageorgiou & Wells,1998) في دراسة موضـوعها:"تـأثيرات التدريب الانتباهي على اضطراب القلق المرضي" و التي هدفت لدراسة تأثيرات فنيـة التدريب على الانتباه (ATT)في ثلاثة من مرضى الماليخوليا "Hypochondriacs" أو ما يعرف القلق من الأمراض مع عدم تعيين أية حدود علاجية حتى تثبيت النتائج علـى المقاييس الإخراجية. أبلغنا المرضى بأنهم عانوا من اضطراب القلق المرضـي لمـدد طويلة(٣٥،٢٠،١١) سنة. لقد ساهم البرنامج العلاجي القائم على التدريب الانتباهي في حدوث انخفاضات كبيرة لجميع المرضى في تكـرار نوبـات القلـق حـول الـصحة والمعتقدات المرضية و الانتباه المرتكز على الجسد مع استمرار تلك التحـسينات فـي مرحلة المتابعة بعد مرور من (٣) إلى (٦) أشهر من المتابعة. كما أظهر المرضى أيضاً انخفاضات كبيرة في درجاتهم علـى مقيـاس "Somato-sensory Amplification Scale" و هو مقياس الاتجاه نحو تضخيم و سوء تفسير الأعراض الجـسدية البـسيطة (Papageorgiou & Wells,1998,193-200).

٣- قام (Papageorgiou & Wells,2000) بدراسة موضوعها: ""تأثيرات فنيـة التدريب على الانتباه عبر أربع حالات متعاقبة من مرضى الاكتئاب الحاد(MDD) و قد تراوحت فترة المعاناة من الاكتئاب من (٤) إلى (١١) شهر و غيرها من الاضطرابات الأخرى من(٢) إلى (٤) شهور.في هذه الدراسة تم توزيع المرضى على عـدة بـرامج علاجية لفترات تراوحت من(٣) إلى(٥) أسابيع مع عدم وجود حد علاجـي معيـاري مقبول ، تم خلال الجلسات العلاجية و التي تراوحت من (٥) إلى(٨) جلسة تقديم فنيـة التدريب على الانتباه. وقد أظهرت كل حالة تحسينات ملحوظة في القلق و الاكتئاب مع صيانة المخرجات العلاجية في مرحلة المتابعة للبرنامج العلاجي بعد مـرور(٣) ،(٦) ،(١٢) أشهر حيث أوضحت المراقبة التشخيصية بعد مرور عام من المتابعة عدم موافقة أي مريض للمعايير التشخيصية للاكتئاب الحاد (MDD). تضمنت هذه الدراسة مقاييس الأفكار التلقائية و الاجترار الفكري و التركيز الذاتي و ما وراء المعرفة حيـث بـدت انخفاضات جوهرية على جميع تلك البارامترات بإتباع البرنامج و صـيانة المخرجـات العلاجية (Papageorgiou & Wells,2000,407-413).

٤- في تجربة مقننة لفنية التدريب على الانتبـاه (ATT) أجـرى (& Cavangh Franklin,2000) دراسة موضوعها :"فاعلية التدريب الانتباهي في معالجة الوسـاوس المرضية: نتائج أولية لتجربة علاجية مقننة" استهدفت اختبار فاعلية التدريب الانتبـاهي

عند معالجة اضطراب القلق المرضى "الماليخوليا"حيث قام الباحثان بتوزيع المرضى من ذوي القلق المرضى"Hypochondriacs "على مجموعتين تجريبية و ضابطة حيث تم في الأولي الاعتماد على جلسات التدريب على الانتباه (٦) جلسات ، بينما لم يكون هناك وجود لمثل هذا الظرف العلاجي للمجموعة الضابطة. دلت نتـــائج الدراســـة علـــى أن المجموعة الضابطة لم تظهر أي تحسينات في الأعراض و لكن المجموعـــة التجريبيـــة على العكس أظهرت تحسينات ملحوظة في ضوء المقاييس الـــسيكومترية فـــي جانـــب التحسن العلاجي. تم تأييد تلك النتائج عن طريق ملاحظة تحسينات جوهرية في نوبـــات الانزعاج حول الصحة و الاقتناع بالمرض في المقابلات الشخصية بعد انتهاء البرنامج العلاجي ، و كذلك على المقاييس السلوكية في المرحلة اللاحقة للبرنامج و بعد مـــرور (١٨) شهر من المتابعة .و من ثم استنتج الباحثان الفاعلية الإكلينيكية المرتفعـــة لفنيـــة التدريب الانتباهي مع اضطراب القلق المرضي(Cavangh & Franklin,2000).

٥- أجرى كل مـــن(Valmaggia, Bouman, & Schuurman,2007) دراســـة موضوعها: "التدريب الانتباهي مع الهلاوس السمعية:دراسة حالة"؛ وهـــدفت الدراســـة لاختبار تأثيرات استخدام فنية التدريب على الانتباه (ATT) فـــي معالجـــة الهـــلاوس السمعية في مرضى يعانون من الشيزوفرانيا "الفصام" و الذين لم يـــستجيبوا لتـــدخلات علاجية سابقة. و قد توصل الباحثون لوجود تحسينات في الأعراض أثناء ممارسة تلـــك الفنية و لكن التصميم المتبع حال دون التوصل لاستنتاجات نتيجة لغياب حـــد علاجـــي وضح.على الرغم من ذلك فتؤكد النتائج على احتمالية استخدام فنية التدريب على الانتباه مع المرضى بحيث نقيم المراحل العلاجيـــة لتلـــك الفنيـــة مـــستقبلاً (Valmaggia, Bouman, & Schuurman, 2007,127-133).

٦- تم إدراج فنية التدريب على الانتباه في باقة علاجية متكاملة للتدريب على التحكم الإدراكي فقد قام كل من (Siegle, Ghinassi, & Thase,2007) بدراسة موضوعها: "العلاجات النفسية في القرن الحادي و العشرين: ملخص لمجال مستحدث ونموذج ممتد للتدريب على التحكم في الانتباه لدى المكتئبين" بهدف دراسة فاعلية التدريب الانتبـــاهي حيث قاموا بتوزيع المرضى بالاكتئاب بشكل عشوائي أما على برنامج علاجي مستحدث قائم على التدريب الانتباهي أو على برنامج معرفي سلوكي تقليدي لمرضى بالاكتئاب ثم تقييم المخرجات العلاجية في ضوء التأثيرات على أعراض الاكتئاب و الاجترار الفكري و قد أظهر المرضى الذين شاركوا في العلاج الانتباهي بعد مرور أسبوعين لتحـــسينات

ملحوظة من حيث انخفاض أعراض الاكتئاب و الاجترار الفكري عن غيرهم من الذين يتلقون العلاج التقليدي بمفردة في برنامج اعتيادي لمدة (٦) أسابيع ، حيث أنه بعد مرور أسبوعين على بدء البرنامج العلاجي كان معدل التحسن العلاجي أفضل من معدل التحسن العلاجي على برنامج العلاج التقليدي بعد مرور(٦) أسابيع.

أظهرت البيانات الأولية وجود تغيرات فسيولوجية في نشاط الاميجدالا في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة التدريب الانتباهي) حيث أزداد معدل الاستجابات التصحيحية للاميجدالا في مرحلة ما قبل البرنامج و بعد انتهائه كاستجابة للكلمات الايجابية و في نفس الوقت نقصان في الاستجابة للكلمات ذات الإيحاء السلبي أو الحيادي(Siegle, Ghinassi, & Thase,2007,235-262).

باختصار تبدو البيانات المتعلقة بتأثيرات فنية التدريب على الانتباه أكثر فاعلية واعتمادية في معالجة نطاق عريض من الاضطرابات؛على الرغم من أن التأثيرات العلاجية لهذه الفنية تعتبر أكثر بروزاً في جوانب المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) كالانزعاج و الاجترار الفكري سواء عند تطبيق تلك الفنية بمفردها أو في برنامج علاجي متكامل.

ج)أساليب أعادة التركيز الظرفي للانتباه(SAR)و التجارب التعرضية ماوراء المعرفية :-

يستند تطبيق أسلوب العلاج بالتعريض "Exposure Therapy" مع اضطراب الفوبيا الاجتماعية على نماذج نشأة الخوف و تطوره التي تشير ضمنياً على الطبيعة المتعلمة للمخاوف بحيث يزيد من شدة التعرض للمتعالجين من الاعتدال إلى الإثارة الشديدة للقلق.يعتبر تطبيق أساليب التعرض المتدرجة بمثابة مرشد للمتعالجين لكي يتم تشجيعهم بشكل متكرر و منتظم على البقاء في التجربة التعرضية حتى انحسار انزعاجهم. يتضمن أيضاً العلاج بالتعريض على مهام لعب الأدوار مع المعالج كتمهيد للتعريض الكامل عن طريق ممارسة مهارات وعلى الأخص في الحالات التي يصعب فيها إيجاد تسلسل خوافي متدرج.

أشار(عمار الناعمة،٢٠٠٨) إلى عدم و جود فروق جوهرية بين أساليب المعالجة النفسية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية باستثناء بعض الدراسات القليلة التي عملت على الفصل بين التجارب التعرضية والأساليب اللفظية و التي تشير نتائجها إلى أن التعريض سواء بمفرده أو كان مندمجاً مع الأساليب اللفظية الأخرى له تأثيرات أكبر من تقنيات أعادة البناء المعرفي في معالجة الفوبيا الاجتماعية.تؤكد نتائج أخرى على أن التعريض

بالإضافة إلي بعض التقنيات المعرفية يكون أكثر فاعلية في معالجة الفوبيا الاجتماعية.يقترح بعض المعالجين أن بعض فوائد التقنيات المعرفية تكون نتيجة التعريض الذي يكون متأصلاً في التقنيات المعرفية.أوضحت النتائج في هذا المجال أن التقنيات المعرفية السلوكية تمتلك قيمة إضافية باعتبار التجارب التعرضية جانب متأصل في هذه المداخل (عمار محمد الناعمة،٢٠٠٨،٥٨).

١- في اختبار تبايني للتعرض ما وراء المعرفي في اضطراب الوسواس القهري (OCD) اختبر (Fisher & Wells,2005) التأثيرات النسبية للتعرض المختصر ومنع الاستجابة (Brief Exposure & Response Prevention) في دراسة موضوعها:"التعديل التجريبي للمعتقدات الوسواسية:اختبار النموذج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري" كما تم ضبطها كتجربة ما وراء المعرفية في مقابل التعرض الحيادي (neutralization) و قد أشتمل التعرض على الاستماع إلى الأفكار الوسواسية المسجلة على شريك تسجيل مغلق النهاية"Close-ended Tape".و قد أكد الأساس العلاجي للنموذج ما وراء المعرفي على اعتقاد المريض بأن الأفكار الوسواسية كانت مهمة و جوهرية و تمثل الأسلوب الأمثل لاكتشاف هذا الأمر في ترك السلوكيات و العادات الطقسية استجابة لتلك الأفكار.لقد أثبتت الدراسة أن كلتا الإستراتيجيتين العلاجيتين (التعرض مع منع الاستجابة و التعرض الحيادي) موثقتان بشكل متقارب ويمكن الاعتماد عليهما ، و لكن على الرغم من ذلك نسبب التعرض ما وراء المعرفي" Metacognitive Exposure"مع منع الاستجابة بشكل واضح في حدوث انخفاضات كبيرة في الانزعاج والمعتقدات السلبية عن الظرف"المحايد"(neutral) "(Fisher & Wells,2005, 821-829).

٢-أجرت (Lavoie,2003) دراسة موضوعها:"مقارنة فاعلية العلاج بالتعريض في مقابل التدريب على المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المصابين بالفوبيا الاجتماعية" هدفت الدراسة إلى مقارنة فاعلية شكلين من أساليب علاج الفوبيا الاجتماعية هما العلاج بالتعريض المباشر، والعلاج بالتدريب على المهارات الاجتماعية لدى مجموعة من المراهقين.تكونت عينة الدراسة من (١٧) مراهقاً من المصابين بالفوبيا الاجتماعية الذين تتراوح أعمارهم من (١٤) إلى(١٨) عاماً و تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين:مجموعة تلقت العلاج بالتعريض المباشر لمدة(٢٤) جلسة مجموعة تلقت العلاج بالتدريب على المهارات الاجتماعية لمدة(٢٤) جلسة. أسفرت الدراسة عن

مجموعة من النتائج أهمها:عد التباين الفارق بين الآثار العلاجية لكلا الأسلوبين العلاجيين حيث لم تختلف إحصائياً. تقترح الدراسة بالتالي ضرورة الجمع بين الأسلوبين لعلاج الفوبيا الاجتماعية حيث أن كل منهما يعتبر مكمل للآخر(Lavoie,2003).تتوافق نتائج تلك الدراسات مع أمكانية تطبيق فنيات ما وراء المعرفية محددة كأساليب أعادة التركيز الظرفي للانتباه(SAR) ، و الأساليب التعرضية ما وراء المعرفية في إحداث تغيرات ملحوظة في الانزعاج و المعتقدات اللاتوافقية؛ بالإمكان أعزاء هذه التأثيرات ببساطة إلى التأثيرات النابعة من التعرض المختصر للمحفزات المخيفة نتيجة لامتلاك التعرض ما وراء المعرفي تأثير فوق تأثير التعرض المختصر بمفرده.

٢-دراسات تناولت فاعلية بعض فنيات العلاج ما وراء المعرفي في علاج اضطراب الفوبيا الاجتماعية:-

من الهام تمييز عناصر القلق الاجتماعي ضمن النموذج ما وراء المعرفي لاضطراب الفوبيا الاجتماعية حيث لا يعاني الفرد المضطرب اجتماعياً من خبرة مقلقة لكنها بالأحرى من ادراكات فردية ذاتية؛ فقد يكون المضطرب اجتماعياً " Socially Phobtic"- على وجه الخصوص - حساس لأفكار التقييم الذاتي التي يتم أعزاؤها للآخرين بالتالي من غير المحتمل معالجة جوانب القلق ما لم يتم تحليل كل العناصر المكونة لهذا السلوك كل على حدة(Toneatto, 2001, 75).

تشير(Styliani,2011)إلى امتلاك الأفراد من ذوى الفوبيا الاجتماعية معتقدات ما وراء معرفية أقوي بالمقارنة مع غيرهم من الأسوياء كما في دراسة(Wells & Carter,2001) أو المنخفضين كما في دراسة(Dannahy & Stopa,2007) (Styliani,2011,219).علاوة على ذلك تم إثبات وجود علاقة ارتباطية قوية بين تغير المعتقدات ما وراء المعرفية في العلاج المعرفي السلوكي مع إحداث نتائج علاجية مثلى كما في دراسة (McEvoy et al., 2009) ، و على الأخص في جوانب الاكتئاب ومعالجات ما بعد الموقف. وقد هدفت الدراسة الحالية لتوسيع دراسة دور المعتقدات ما وراء المعرفية في الفوبيا الاجتماعية اعتماداً على النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات المفسر لحدوث الاضطرابات الانفعالية المتباينة.

أ) التدريب على الانتباه (ATT):-

١- في سلسلة من الدراسات التجريبية المتكررة لعدد من المرضى النفسيين اختبر كل من (Wells, White ,& Carter,1997) في دراسة موضوعها:"تأثيرات التدريب

الانتباهي على القلق والمعتقدات في اضطرابي الفزع و الفوبيا الاجتماعية" و التي هدفت لدراسة تأثير فنية التدريب على الانتباه على حالتين من مرضى الفزع و حالــة أخــرى لمريض بالفوبيا الاجتماعية حيث تم استخدام الأســلوب التجريبـــي الانعكاســـي"-True Reversal" في المرحلة الأولي مع حالة مريض بالفوبيا الاجتماعية متبوعة بتعليمـــات وإرشادات للتدريب المرتكز على الجسم؛ و التي بعدها في المراحل اللاحقة تـــم أعـــادة تقديم فنية التدريب على الانتباه بعكس آليات فنية التدريب على الانتباه مع أعادة تسكين أو تعزيز الإعراض المحسنة. في هذه الدراسة ارتبطت فنية التـــدريب علـــى الانتبـــاه (ATT) مع حدوث انخفاضات في القلق و المعتقدات السلبية و هذا التأثير يتناقض مـــع المعالجة المرتكزة على الذات حيث إن التأثيرات العلاجية المرغوبة كانت أكبر مع أعادة عرض و تقديم تلك الممارسات التدريبية. بينما في الحالتين الفرعيتين مـــن المرضـــى ارتبطت فنية التدريب على الانتباه بانخفاضات ملحوظة في نوبات الفزع وكـــذلك فـــي جانب المعتقدات السلبية مع تدعيم جميع المكاسب العلاجية في مرحلة تقييم تتبعي لاحقة من(٣) إلى (٦) شهور بعد انتهاء البرنـــامج العلاجـــي (Wells, White & Carter, 1997, 226-232).

٢- لقد تمثل هدف دراسة (McEvoy & Perini,2009) في فحص و دراسة ما إذا كان العلاج المعرفي السلوكي المدعم بفنية التدريب على الانتباه(ATT) ســـيؤدي إلـــى إحداث تغيرات عميقة جوهرية في أعراض الفوبيا الاجتماعية و الاكتئاب ، وكذلك فـــي أبعاد التحكم الانتباهي و المعتقدات ما وراء المعرفية والمعالجة المسبقة ومعالجات مـــا بعد الموقف بالمقارنة ببرنامج علاجي معرفـــي ســـلوكي مـــع فنيـــة التـــدريب علـــى الاسترخاء(RT) في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظـــيم الـــذات(S-REF) حيـــث أجرى الباحثان دراسة موضوعها:"العلاج المعرفي السلوكي الجمعي لاضطراب الفوبيـــا الاجتماعية مع أو بدون التدريب الانتباهي"حيث افترض الباحثـــان أن تحفيـــز التحـــول الانتباهي نحو الخارج أكثر فاعلية عن ظروف الاسترخاء ، حيث أثبتت الدراسة أن كلتا المجموعتين التجريبيتين قد عايشتا درجة متقاربة من حالة الاسترخاء في كلتا الفنيتـــين؛ على الرغم من أن الأفراد في المجموعة التجريبية لظروف (ATT) أظهـــروا درجـــة مرتفعة من الكفاءة و المهارات الأدائية أثناء تنفيذ تلك الفنية عن غيرهم فـــي مجموعـــة التدريب على الاسترخاء(RT). لقد أنبأ المضطربين اجتماعياً بدرجة مشابهة من النجاح في تطبيق مهاراتهم الخاصة؛ لكن على الرغم من تأثير فنية التـــدريب علـــى الانتبـــاه

المرغوب حيث لم يتم إثبات وجود دليل داعم لأهمية تضمين تلك الفنية في البرامج المعرفية السلوكية الجمعية لكونه يؤدي إلى إحداث تغيرات فارقة في الإعراض الخاصة باضطراب الفوبيا الاجتماعية و الاكتئاب ،و كذلك في أبعاد التحكم الانتباهي و المحتوى ما وراء المعرفي و المعالجات المسبقة و معالجات ما بعد الموقف.عوضاً عن ذلك فإن كلاً الظرفين العلاجيين كانا مرتبطين بتغيرات ملحوظة في تلك الأبعاد.(McEvoy & Perini,2009,519-523).

ب)أساليب إعادة التركيز الظرفي للانتباه(SAR)والتجارب التعرضية ما وراء المعرفية:-

يكمن التحدي أمام المعالج في تعيين الاستراتيجيات الانتباهية الظرفية المساهمة في تضخيم و تشويه الادراكات المهددة مع المساهمة في تحرير الفرد من الاستراتيجيات المدعمة التقييمات السلبية المصاحبة و التطفلات التي تشكل المعتقدات اللاتوافقية مع استهداف بعض السلوكيات اللاتوافقية غير المرغوبة. بعيداً عن المبدأ العلاجي العام من الواجب التأكيد على أن هدف المريض من ممارسة استراتيجيات إعادة التركيز الظرفي للانتباه تكون لعدم اتفاقها مع الهدف العلاجي لإعادة تهيئة الإدراك،فقد يستخدم بعض المرضى بشكل مرضى أساليب إعادة التركيز الظرفي كإستراتيجية تجنب بشكل يفسد عمليات إعادة التهيئة الإدراكية (Wells,2000,151).

١-اختبر (Wells & Papageorgiou, 1998) التأثيرات النسبية للتعرض المختصر بمنطقية الحياد (Neutralization) في مقابل التعرض بمنطقية التحول عن المعالجة الذاتية (Self-processing far-off) بمنطفية التدريب الانتباهي في دراسة موضوعها:"الفوبيا الاجتماعية:تأثيرات تركيز الانتباه الخارجي على القلق و المعتقدات السلبية و المنظور الذاتي" في ضوء بعض خصائص توجيه الانتباه نحو البيئة الاجتماعية الخارجية في ضوء مقاييس تم تطبيقها بشكل متكرر. أوضحت نتائج هذه الدراسة أظهار المرضى بالفوبيا الاجتماعية انخفاضات واضحة و ملموسة إحصائياً في أبعاد القلق والمعتقدات السلبية في ظرف التدريب الانتباهي بالمقارنة بالظرف التعرضي(منطقية الحياد). تدعم هذه النتائج التأثيرات المحسنة للتعرض ما وراء المعرفي حيث تم من خلالها معالجة التركيز الانتباهي لتسهيل حدوث التعلم(Wells & Papageorgiou, 1998, 357-370).

٢-أجرى (Clark et al..,2006) دراسة موضوعها :"العلاج المعرفي مقابل العلاج بالتعرض و الاسترخاء التطبيقي (Applied relaxation)لعلاج الفوبيا الاجتماعية"

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين كل من العلاج المعرفي و العلاج بالتعريض المصحوب بالاسترخاء في خفض مستوى الفوبيا الاجتماعية لدى مجموعة من المرضى.و قد تكونت عينة الدراسة من (٦٢) مريضاً من المرضى الذين تم تشخيص حالتهم على أنهم مصابون بالفوبيا الاجتماعية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية حيث تم تقسيم أفراد العينة إلى ثلاث مجموعات:مجموعة تلقت العلاج المعرفي ،و مجموعة أخرى تلقت العلاج بالتعريض المصحوب بالاسترخاء ، و مجموعة ثالثة ضابطة.أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها:تحسن مستوى الفوبيا الاجتماعية لدى كل أفراد مجموعة العلاج المعرفي وكذلك مجموعة العلاج بالتعريض المصحوب بالاسترخاء ، و أظهار مجموعة العلاج المعرفي تحسناً أكبر عن مجموعة العلاج بالتعريض المصحوب بالاسترخاء ، و عدم تحسن مستوى الخواف لدى المجموعة الضابطة مع استمرار فاعلية النتائج خلال فترة المتابعة (Clark et al.,2006,568-57).

٣-دراسات تناولت فاعلية برنامج متكامل للعلاج ما وراء المعرفي في علاج اضطرابات القلق و الاكتئاب:

يمكن تصنيف اضطرابات القلق تحت فئتين عريضتين:أولاً الخوف من الإدراكات المتكررة خارجية المصدر والتي تتضمن اضطرابات كالخوف من الأماكن المفتوحة"Agoraphobia"و اضطراب الفوبيا الاجتماعية"Social Phobia" واضطرابات الفوبيا المحددة"Specified Phobias" ؛ وثانياً الخوف من الإدراكات المتكررة داخلية المصدر التي تتضمن اضطرابات كاضطراب الوسواس القهري "Obsessive Compulsive Disorder" و اضطراب قلق ما بعد الصدمة"Post-Traumatic Stress Disorder"و اضطراب الهلع "Panic Disorder" و اضطراب الضيق الحاد"Acute Stress Disorder" (Toneatto,2001,76).

أ) اضطراب الوسواس القهري(OCD):

١-هدفت العديد من الدراسات لتقييم فاعلية العلاج ما وراء المعرفي لعلاج اضطراب الوسواس القهري في مجموعات من الأطفال و البالغين حيث قام كل من (Fisher & Wells,2008) بتنفيذ سلسلة تجارب متكررة لاختبار تأثيرات برنامج علاجي على المرضى الذين يوافقون المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري(DSM-IV) في دراسة موضوعها:"العلاج ما وراء المعرفي للوسواس القهري:سلسلة متكررة لحالات

إكلينيكية"حيث تم تكليف المرضى للمشاركة في برنامج علاجي غير محدد الجلسات لفترة من (٣-٤) أسابيع بغرض وضع الأسس و المعايير المفترض الاعتماد عليها عند تطبيق برنامج علاجي معتمد على إطار نظري للاضطراب بحيث تم تنفيذ (١٢-١٤) جلسة أسبوعياً مع متابعة المرضى بعد مرور(٣ -٦)أشهر بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

أظهرت نتائج هذه التجارب مستويات مرتفعة جداً من التحسن لجميع المرضى العدد (٤) حيث وافق كل منهم معايير التعافي المعيارية بعد انتهاء البرنامج و لمدة شهر. وبعد مرور (٦) شهور ظل جميع المشاركين متعافين ماعدا مريض واحد أصبح غير موافق لمعايير التعافي المعيارية و لكن انخفضت بشكل فارق الأعراض المرضية Fisher &) .Wells, 2008, 117-132)

٢-أجرى (Rees & Van Koesfeld,2008) دراسة موضوعها:"تجربة مفتوحة للعلاج ما وراء المعرفي الجمعي لاضطراب الوسواس القهري" حيث افترضت الدراسة أن العلاج ما وراء المعرفي- و هو المدخل المبتكر و المستحدث القائم على النموذج ما وراء المعرفي – يهدف إلى تعليم المرضى كيفية التحول إلى الهيئة ما وراء المعرفية مع تضمين الاستراتيجيات المعرفية والتجارب السلوكية بهدف تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة عوضاً عن المحتوي المعرفي الصريح للمعتقدات. تعتمد هذه الدراسة في الأساس على تطبيق المدخل العلاجي ما وراء المعرفي على مجموعة من المرضى الإكلينيكيين (٨) مرضى ممن يعانون من تنوع من الأعراض الوسواسية. أشارت النتائج – عند القيام بتجارب عشوائية مقننة على عينة أكبر- على تعافي غالبية أفراد العينة حوالي (٧) من أصل (٨) مرضى على مقياس أعراض الوسواس القهري و مقياس ما وراء المعرفة(Rees & Van Koesfeld, 2008, 451-458).

ب) اضطراب قلق ما بعد الصدمة(PSTD):

١) أجرى (Wells & Sembi,2004) دراسة موضوعها:"العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب قلق ما بعد الصدمة" هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة في العديد من الدراسات حيث قام الباحثان بعلاج عدد (٦) من المرضي بشكل متتالي من الذين يوافقون المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة (PSTD) عن طريق الملاحظة المباشرة ، و تم إجراء تقييم تتبعي على المدى القريب بعد مرور (٣-٦)أشهر بعد انتهاء البرنامج و على المدى البعيد(١٨-٤١)

شهر بعد انتهاء البرنامج . على المدى البعيد تم تعريض المشاركين لجرائم جنس وعنف مع مرضى آخرين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لفترات متباينة تتراوح من (٣-١٠) أشهر.

في جميع الأحوال أرتبط البرنامج العلاجي بانخفاضات كبيرة في الألم الصدامي والقلق و الأعراض الاكتئابية حيث تراوحت متوسط التحسن في الأعراض بعد انتهاء البرنامج العلاجي و المتضمن لعدد من(٣- ٥) جلسات علاجية على مقياس أثر الحدث (Impact of Event Scale) "IES" (٨٣%) وعلى قائمة "بين ستيت" للانزعاج(Penn State Worry Questionnaire) "PSWQ" (٦٩) حيث لم يوافق أي من المرضى المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة بعد مرور(٣ ،٦ ،١٢) شهر من التقييم التتبعي (Wells & Sembi, 2004, 365-377).

٢) أجرى (Colbear&Wells,2008) تجربة عشوائية مقننة للعلاج ما وراء المعرفي موضوعها:"تجربة مقننة عشوائية للعلاج ما وراء المعرفي لاضطراب قلق ما بعد الصدمة"و هدفت إلى إثبات فاعلية برنامج للعلاج ما وراء المعرفي لاضطراب قلق ما بعد الصدمة حيث تم توزيع المرضى عشوائياً أما إلى مجموعة تجريبية و أخرى ضابطة. دلت الدراسة على عدم أظهار المرضى في المجموعة الضابطة أي تحسن ملحوظ على جميع مقاييس الأعراض المرضية خلال فترة الانتظار بينما أظهرت المجموعة التجريبية تحسن واضح ملموس إحصائياً على جميع مقاييس الأعراض حيث أظهر اختبار التحسن الإكلينيكي بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي على مقياس أثر الحدث "IES" أن حوالي (٨٠%) من المرضى قد تعافوا و أن (١٠%) منهم قد تحسنوا بشكل جيد بالمقارنة بحوالي(١٠%) من المرضى تحسنوا بشكل طفيف (Wells,2009,244).

٣) في تجربة لاحقة مفتوحة لعلاج اضطراب قلق ما بعد الصدمة المزمن (Chronic PSTD)أجرى (Wells et al., 2008) دراسة موضوعها: "العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب قلق ما بعد الصدمة المزمن" بهدف علاج (١٢) مريض بمتوسط (٨,٥) جلسة علاجية ، حيث تراوحت فترة المعاناه من الاضطراب من (٦-٣٩) شهر. لقد أظهرت الدراسة تحسينات ملموسة إحصائياً في أعراض القلق الصدامي و القلق العام و الاكتئاب، و تم تدعيم المكاسب العلاجية في مرحلة المتابعة بعد مرور (٣ ، ٦) شهور من انتهاء البرنامج العلاجي. أظهرت مؤشرات الاستشفاء المعتمدة أنه في مرحلة

المتابعة الأخيرة بعد مرور (٦) شهور على انتهاء البرنامج العلاجي أن حوالي (٨٩%) من المرضى تعافوا أو تحسنوا بشكل فارق تبعاً لمقياس أثر الحـدث"IES" (Wells et al., 2008, 85-92).

٤) قام (Simons,2010) بدراسة موضوعها:"برامج العــلاج مــا وراء المعرفــي والبرامج العلاجية المعرفية السلوكية لاضطراب قلق ما بعد الصدمة" حيث هدفت هـذه الدراسة إلى مقارنة المدخل العلاجي ما وراء المعرفي مع المداخل العلاجيـة التقليديـة المعرفية و السلوكية حيث يفترض العلاج ما وراء المعرفي أن عمليات التجنب الانفعالي وعمليات الذاكرة المختلة "ذاكرة الصدمة" و المغالطات المعرفيـة تتـسبب فـي نـشأة الاضطراب؛ و من ثم يفترض إدراج استراتيجيات جوهرية كالعلاج بالتعريض و إعادة الهيكلة الاداركية في البرامج العلاجية لاضطراب قلق ما بعد الصدمة. يعتمد العلاج ما وراء المعرفي في أساسه العلاجي على السلوكيات و الاستراتيجيات المعرفية والانتباهية المختلة (كالاجترار الفكري، الانزعاج، التجنب) نتيجة لتعزيز الاضطراب تلك عمليات الكبح المستمر ومراقبة التهديد ألانتباهي بشكل دائم، بالتـالي يمكـن اعتبـار أسـاليب التعرض و أساليب المناقشة و الجدل جوهرية عن المحتوى الإدراكي جوهريـة حيـث يعتمد المعالج على توجيه المريض لملاحظة علامات إعادة معايشة الأعراض عن قرب بتطبيق استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني و بدلاً من السيطرة على عمليـات التفكيـر التحفظية اللاتحكمية(Simons,2010,122-131).

ج) اضطراب الاكتئاب الحاد المتكرر(MDD):

١- قام (Wells, Fisher ,et al., 2008) بدراسة موضـوعها: "تجربـة متعـددة المحاور للعلاج النفسي ما وراء المعرفي لاضطراب الاكتئاب الحاد" و التـي تزودنـا بدليل أولي على تأثيرات العلاج ما وراء المعرفي، فقد هدفت هذه الدراسة إلـى عـلاج المرضى بعدد من جلسات العلاج ما وراء المعرفي بمعدل من (٦ -٨) جلسات/أسبوع. دلت نتائج التجربة الأولي على وجود تحسينات ملحوظة في متغيرات الاكتئاب و القلـق وما وراء المعرفة ، على سبيل المثال بلغ متوسط درجاتهم على قائمة بيـك للاكتئـاب (٢٤,٣٥) قبل البرنامج و (٦,٥) بعد انتهاءه وحتى بعد (٦) أشهر في فترة المتابعـة . كما وافق جميع المرضى معدلات التعافي المعيارية على قائمة بيك للاكتئـاب(BDI)، ولكن بعد مرور (٦) أشهر خرج مريض واحد لم يوافق مريض واحد تلك المعايير على الرغم من إظهار تحسينات يمكن الاعتماد عليه احصاءياً .على الرغم من ضئالة حجـم

العينة إلا أن هناك العديد من الدلائل الداعمة لتلك النتائج .في التجربة الثانيــة أرتــبط البرنامج العلاجي بتحسينات كبيرة متمثلة في خفض حدة الاكتئاب و أعراض القلق التي تم تقييمها بواسطة تقارير ذاتية و سجلات لمقابلات شخصية، كما أرتبط أيضاً البرنامج العلاجي بانخفاضات كبيرة في أبعاد الاجترار الفكري و المعتقدات مــا وراء المعرفيــة اللاتوافقية. أظهر تطبيق المعايير المعتمدة من أجل تحديد الدلالة الإكلينيكية على التحسن العلاجي أن (٧٥%) من المرضى قد تعافوا بعد انتهاء البرنامج مباشرة ؛ و (٦٦%) قد ظلوا معافين في مرحلة المتابعة و حتى (٦) أشهر بعد الانتهاء من البرنامج العلاجــي اعتماداً على مقياس هاميلتون للاكتئاب (Wells, Fisher et al., 2008, 86-112).

٢- أجرى(Wells et al.,2009) دراسة متعددة المحاور موضوعها:"العــلاج مــا وراء المعرفي في الاكتئاب الحاد المتلازم:دراسة متعددة المحاور لبرنامج علاجي مبتكر "هدفت الدراسة إلى الاعتماد على العلاج ما وراء المعرفي في اضطراب الاكتئاب الحاد و المتكرر"Recurrent & Acute Depression" تم فيها الاعتماد على برنامج للعلاج ما وراء المعرفي (MCT) للاكتئاب قائم على تدخل علاجي اعتمــاداً علــى النمــوذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات" Wells & Matthews: Attention & Emotion: A clinical prospective,1994)" حيث قام الباحثون بالتأكيد على فكرة عدم ارتكاز هذا المدخل العلاجي على مواجهة محتوى الأفكار الاكتئابية أو زيادة التحكم و السعادة، لكنه بالأحرى ينصب على تقليل العمليات المعرفية غير المجدية مع تسهيل الحالات المزاجية ما وراء المعرفية في المعالجة. يرتكز المدخل ما وراء المعرفي على تمكين المرضــى من عدم اعتراض الاجترارات الفكرية و تقليل اتجاهات المراقبة الذاتية الغير مجدية مع ترســيخ و تأســيس أنمــاط أكثــر تكيفيــة للاســتجابة للأفكــار و الــتطفلات الفكرية.يستطرد(Wells, et al., 2009) في توضيح أن تعــديل المعتقــدات مــا وراء المعرفية سواء الايجابية أو السلبية عن الاجترارات الفكرية يعتبر مكون هام في البرنامج العلاجي المقترح يستهدف تقييم فاعلية البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي من (٦) إلى (٨) جلسات لحوالي ساعة في كل جلسة علاجية عبر (٤) مرضي بالاكتئاب الحاد سواء الحالة المزمنة أو المتكررة.

أعتمد الباحثون في هذه الدراسة على قياس تتبعي متعدد-الأســس(Multi-based) بعد مرور من (٣) إلى (٦) أشهر على انتهاء البرنامج حيث تم توزيع المرضي بــشكل عشوائي على هذه أسس تقييم متباينة عن طريق تقارير ذاتية و تقديرات محكم خارجي.

أسفرت الدراسة عن ارتباط البرنامج العلاجي بتحسينات ملحوظة في الحالات الاكتئابية على المستوى انخفاض حدة الأعراض الإكلينيكية؛ كما طالت التحسينات المعتقدات ما وراء المعرفية و الاجترار الفكري مع تعزيز تلك المكاسب العلاجية أثناء مرحلة المتابعة. على الرغم من ضآلة عدد الحالات المرضية قد يحول دون تعميم نتائج تلك الدراسة إلا أنه قد تم توضيح مفصل لأسلوب التقييم المستمر في هذا البرنامج العلاجي المختصر(Wells, et al., 2009, 291-300) .

د) اضطراب القلق المعمم(GAD):

١- قام (Wells & King,2006) بدراسة موضوعها:"العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب القلق المعمم:تجربة مفتوحة"و هدفت الدراسة إلى تقييم تأثيرات العلاج ما وراء المعرفي في اضطرابات القلق المعمم(GAD) حيث عمل على معالجة المرضى عن طريق جلسات علاجية أسبوعية من (٢)إلى (٣) جلسات/ أسبوع مدة الجلسة من (٤٥)إلى(٦٠) دقيقة . تم الالتحاق بالبرنامج بتقديم طلب للحصول على خدمات علاجية نفسية سواء لاختصاصيين أو ممارسين عموميين. لقد حاز أكثر من(٥٠%) من المرضى أكثر من تشخيص مرضى ، و وافق حوالي(٤٠%) منهم المعايير التشخيصية للاكتئاب المتراكب (Comorobid Depression) و تراوحت الفترة التي عاني فيها أفراد المجموعة العلاجية من اضطراب القلق من(٢)إلى (٦٠)عام حيث تمت المقارنة بين درجاتهم قبل الخضوع للبرنامج العلاجي على مقاييس سمة القلق و حالة الانزعاج مع نظرائهم في المجموعة الضابطة.

أظهر البرنامج العلاجي تحسن واضح و ملموس و كانت هذه التحسينات واضحة وملموسة إحصائياً أثناء تطبيق انتهاء البرنامج العلاجي و حتى بعد الانتهاء من تطبيقه حيث كانت أحجام التأثير أكبر. لقد كانت أحجام التأثير على مقياس "بيك" للقلق (١,٨٢)،وعلى مقياس سمة القلق(٢,٧٨)، وعلى مقياس ما وراء القلق(١,٤٧)،و على مقياس القلق الاجتماعي(١,١٣)، وعلى مقياس القلق الصحي(١,١٦)و قائمة "بيك" للاكتئاب(١,٤١) ، كما كانت أحجام التأثير متشابهة في مرحلة المتابعة (٦)- (١٢) شهر. اعتماداً على معايير واضحة للتعافي الإكلينيكي على سمة القلق أكدت الدراسة على أن حوالي (٨٧%) من المرضى قد تعافوا في مرحلة بعد انتهاء البرنامج وان جميع المرضى كانوا يوافقون معايير واضحة للتحسن.بينما في مرحلة المتابعة بعد (٦)إلى (١٢) شهر انخفضت إلى حوالي (٧٥%)(Wells & King, 2006, 602-212)).

٢- أجرى (Wells et al.,2008) بدراسة موضوعها"تجربة عشوائية إرشادية للعلاج ما وراء المعرفي في مقابل أسلوب الاسترخاء التطبيقي (Applied Relaxation) لاضطراب القلق المعمم" هدفت الدراسة إلى مقارنة فاعلية برنامج علاجي ما وراء المعرفي لاضطراب القلق العام(GAD) في مقابل أسلوب الاسترخاء التطبيقي لعلاج اضطراب القلق المعمم حيث تم تقييم (٢٠) مريض ممن يوافقون المعايير التشخيصية لاضطراب القلق المعمم (GAD) في الدليل التشخيصي والإحصائي قبل الدخول في البرنامج و بعد انتهاء البرنامج في مرحلة المتابعة بعد مرور من (٦) إلى(١٢) شهر حيث تم التوزيع العشوائي للمرضى مع خضوعهم لجلسات علاجية فردية من (٨) إلى (١٢)جلسة أسبوعية لم يتبقى هناك أي مرضى مصابين باضطراب القلق المعمم و البرنامج العلاجي و (١٠%) بعد مرور (٦) أشهر بالمجموعة التجريبية "العلاج بأسلوب الاسترخاء التطبيقي في مرحلة ما بعد انتهاء البرنامج العلاجي و في مرحلة المتابعة من (٦) إلى(١٢) شهر حيث كان العلاج ما وراء المعرفي أفضل مقارنة بأسلوب الاسترخاء التطبيقي.لقد كانت معدلات الاستشفاء المعيارية للعلاج ما وراء المعرفي في حدود (٨٠%) على مقاييس الانزعاج و مقياس سمة القلق مقارنة (١٠%) بإتباع أسلوب الاسترخاء التطبيقي بعد مرور (٦) أشهر.لقد كانت معادلات الاستشفاء في مرحلة المتابعة بالبرنامج العلاجي ما وراء المعرفي(٧٠%) على كل من المقياسين بالمقارنة بـ(١٠%) و (٢٠%) باستخدام أسلوب الاسترخاء التطبيقي بينما في مرحلة المتابعة بعد مرور (١٢) شهر كانت معدلات الاستشفاء(٨٠%) على معدلات الانزعاج ، و (٦٠%) على مقياس سمة القلق بالمقارنة بـ (١٠%) و (٢٠%) بإتباع أسلوب الاسترخاء.تعتبر معدلات الاستشفاء للعلاج ما وراء المعرفي مشابهة لتلك المتحصل عليها في تجارب مقننة سابقاً كدراسة (Wells & King,2006) على هذا فقد أظهرت النتائج أفضلية لأسلوب العلاج ما وراء المعرفي في مقابل أسلوب الاسترخاء إجراء تحسينات على كل من متغيرات سمة القلق و الانزعاج و المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية.كانت أحجام التأثير في العلاج م وراء المعرفي أكبر حيث سجلت مستويات التعافي (٨٠%) بعد انتهاء البرنامج العلاجي و (٧٠%) في مرحلة المتابعة بعد مرور(٦) شهور،و(٦٠%) بعد مرور عام تبعاً لدرجة القياس على استبيان "بين ستيت" للانزعاج (PSWQ).تعتبر هذه المعدلات من أعلى المعدلات عن الاستشفاء في التجارب المعتمدة على فنية الاسترخاء التطبيقي أو العلاج المعرفي السلوكي.تقترح

معدلات الاستشفاء المعيارية للعلاج ما وراء المعرفي كونه مدخل علاجي بالغ الفاعلية (Wells, Welford et al.,2008,129-138).

٣- قام (Nordahl,2009) بدراسة موضوعها:"فاعلية برنامج مختصر للعلاج ما وراء المعرفي في مقابل برنامج تقليدي للعلاج المعرفي السلوكي في العيادات النفسية الخارجية"حيث قام الباحث بإعداد برنامج علاجي مقترح وفقاً للدليل الاسترشادي العلاجي المتاح في كتاب(Wells,2000) " Metacognition and Emotional Disorders" بحيث يعتمد البرنامج العلاجي الشامل بشكل قائم على النموذج العلاجي الأصيل لاضطراب القلق المعمم"Generalized Anxiety Disorder"(Wells,1997) بشكل متوافق مع تطبيق فنية التدريب على الانتباه(ATT)(Wells,1990). لقد اشتمل البرنامج العلاجي في هذه الدراسة على ممارسات يومية للتدريب الانتباهي في كل جلسة علاجية بالإضافة إلى جدولة إجراء بعض تلك التدريبات كتكليف منزلي على الأقل مرتين يومياً.

اشتمل البرنامج العلاجي لهذه الدراسة على استكشاف و مواجهة الأفكار ما وراء المعرفية السلبية عن الانزعاج و الاجترار الفكري ، و مواجهة الأفكار الايجابية المتعلقة بالحاجة للانزعاج. كما تم تدريب المرضى على استخدام فنية تجزئة التيقظ الذهني"Detached Mindfulness" بالتوازي مع إستراتيجية أرجاء الانزعاج" Worry Postponement" للتعامل مع معتقداتهم ما وراء المعرفية عن اللاتحكمية للانزعاج والاجترار الفكري. لقد تم استخدام هذه الفنية بشكل أساسي كتكليف منزلي"Assignment" أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي. كما كانت الجلسات العلاجية حوالي سبع جلسات بمتوسط (٧,٤٦)،و انحراف معياري(٤,٠٣). بينما في البرنامج العلاجي التقليدي (TAU) فقد تم إتباع نفس الأساليب العلاجية المطبقة في دراسة(Beck, Rush, Shaw,& Emery,1979) لعلاج الاكتئاب و دراسة(Beck, Emery & Greenberg,1985) لعلاج القلق، و قد تم توجيه المرضى لجدولة هذه الممارسات مع استكشاف و مواجهة الأفكار و المعتقدات التلقائية السلبية و المخططات التابعة لها حيث استخدمت العديد من الفنيات لمواجهة المعتقدات مع اختبار صحتها في تجارب سلوكية،فقام المعالج بإعطاء المريض بعض التكليفات الخاصة بالمراقبة الذاتية للأفكار التلقائية و مخططاتها الإدراكية مع أعطاء توجيهات و إرشادات أثناء تنفيذ الجلسات العلاجية.

اشتملت التكليفات المنزلية على تسجيل و سرد بعض اليوميات المتعلقة بالأفكار مع توليد استجابات للأفكار السلبية بالتوازي مع الانخراط في أنشطة يومية محددة.لقد كان متوسط عدد الجلسات العلاجية أكثر من (١٠)جلسات بمتوسط(١٠,١٨)، و انحراف معياري مقداره(٤,١١). توضح نتائج الدراسة أن كلاً البرنامجين العلاجيين أثبت فعالية في خفض مستويات الاكتئاب و القلق و الانزعاج ، و لكن وجدت تباينات واضحة بين المجموعات في مستويات الانزعاج و ما وراء الانزعاج لصالح العلاج ما وراء المعرفي على الرغم من عدم وجود أي تباينات بعد تطبيق البرنامج في مستوى الاكتئاب (Nordahl,2009,152-159).

لقد عمل الباحث على سرد العديد من الدراسات التجريبية التي تناولت عدداً من فنيات و استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي التي تطبق أما بصورة مفردة أو في برامج علاجية معرفية أو معرفية سلوكية متكاملة الإطار أو على الجانب الآخر كباقة علاجية مكتملة لفنيات و استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي.

يعتمد الباحث في برنامجه العلاجي و المدرج في ملاحق هذه الدراسة على بعض من تلك الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية متضمنة:فنيات و استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني (الانتباه الذهني المستقل)"Detached Mindfulness Techniques (DM) ، وأساليب إعادة التركيز الظرفي للانتباه" Situational Attention (SAR) Refocusing Techniques " ،و فنية التدريب على الانتباه " Attention Training Technique (ATT)". و فيما يلي يوضح الباحث بعضاً من تلك الفنيات مع عرض أهدافها الإجرائية و أساليب تطبيقها

ثالثاً:الفنيات والاستراتيجيات العلاجية:

يمكن أن ندرج غالبية الاستراتيجيات والأساليب اللفظية تحت فنيات ما يعرف بتجزئة التيقظ الذهني "Detached Mindfulness"و ذلك على الرغم من تضمين هذه الفئة العديد من الفنيات و الاستراتيجيات السلوكية الأخرى.يفصل الباحث فيما يلي و يميز بين الأساليب اللفظية و السلوكية التعرضية مع التعريف بطبيعة تلك الفنيات ،وذكر الهدف من تطبيقها ،و سرد بعض الإجراءات التنفيذية المقترحة المتاح تطبيقها في ضوء البرنامج العلاجي القائم:-

١- الأساليب اللفظية:-

أ) فنيات تجزئة التيقظ الذهني"Detached Mindfulness Techniques":-

١- الوصف:-

يهدف النموذج العلاجي القائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة بشكل عام إلى تحفيز فنيات محددة تعمل على تحفيز ما يدعى بحالة "تجزئة التيقظ الذهني"(Detached Mindfulness) بحيث يتناقض تأثيرها مع أبعاد المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS).تشير تلك الفنيات إلى كيفية استجابة الأفراد للأحداث العقلية كالقلاقل ،و الصور التطفلية الذاتية السلبية،و المعتقدات و الأفكار السلبية،و الذكريات المزعجة. تتضمن فنيات تجزئة التيقظ الذهني عدداً من الفنيات اللفظية و السلوكية التي استعرضها (Wells,2005,2009) حيث تم تضمين بعضها في البرنامج العلاجي القائم و سيتم وصفها تفصيلياً عند سرد الخطوات و الأهداف الإجرائية لبعض هذه الفنيات العلاجية في البرنامج العلاجي لاضطراب الفوبيا الاجتماعية و من أهمها:-

- أساليب إعادة العزو السببي اللفظية. - مهمة النمر.
- مهمة التداعي الحر - إستراتيجية التوجيه ما وراء المعرفي.
- إستراتيجية صورة السحب.- إستراتيجية التجول العقلي المقيد.
- تجربة الكبح و الكبح المضاد.- فنية التدريب على الانتباه.
- معاملة الطفل العنيد. - محاكاة قطار الركاب(Wells, 2005, 346-350).

كما توجد بعض الفنيات والاستراتيجيات اللفظية التي استعان بها الباحث عند التخطيط للبرنامج العلاجي و الشائعة في برامج العلاج المعرفي وبرامج العلاج المعرفي السلوكي والتي تتكامل أهدافها مع أهداف فنيات تجزئة التيقظ الذهني ومنها:-

- فنيات الفصل أو التفكيك المعرفي:استراتيجية استثارة التنافر و تدعيمه واستراتيجيه التشكيك في الدليل مع البحث عن الدليل المضاد- الخطة البديلة للانتباه والمعالجة.
- تجارب فقدان التحكم. - إستراتيجية تنمية التقبل و التسامح.
- إستراتيجية إرجاء الانزعاج. - إستراتيجية سوء التوافق مع الانزعاج.
- أسلوب عرض تأثيرات القلق على الجسم.- فنية الجدل و الحوار السقراطي.
- فنيات المحاضرة و المناقشة(Wells,2009).

٢- **الأهداف:-**

تسعى هذه الفنيات لتحقيق أهداف عامة متضمنة:

- تحجيم الاستجابات الانفعالية اللاتوافقية كالتركيز الانتباهي البالغ أو التجنب المفاهيمي أو تحويل معايشة الأفكار؛
- معايشة الفرد المباشرة لذاته كمراقب بعيداً عن وقوع الفكرة في حد ذاتها ؛
- تحقيق الاستقلال الانتباهي؛
- المعالجة المفاهيمية المنخفضة(Wells,2005,346).

٣- **كيفية التطبيق:-**

من الهام بالنسبة للمعالج ما وراء المعرفي عدم الاعتماد بشكل مطلق على فنيات تجزئة التيقظ الذهني"الانهماك الذهني المستقل" في البرنامج العلاجي لإحداث التغير ما وراء المعرفي (Wells,2009,86,87). فعلى سبيل المثال يعمل المعالج بداية على تطبيق فنيات تجزئة التيقظ الذهني في الجلسات الأولى للبرنامج العلاجي بالتوافق مع إستراتيجية تأجيل الانزعاج/الاجترار الفكري للتأكيد على اشتراطات و متطلبات تطبيق تلك الفنيات و الواجب على المعالج تعريف و توعية المتعالجين بمساوئ تطبيق هذه الفنية كإستراتيجية للتشويش بمعنى تجنب التهديد المتوقع كوسيلة للتحكم في الانزعاج. في البرنامج العلاجي من الضروري إيقاف تنفيذ فنيات تجزئة التيقظ الذهني بالتوافق مع التجارب التعرضية تجاه المعتقدات السلبية المتعلقة بفقدان التحكم و السيطرة الفكرية وخطورة تلك الأفكار والأعراض المرضية لتلك المعتقدات فالمتعالجين عادة ما يعزون عدم حدوث الكارثة الاجتماعية نتيجة لتلك الفنيات(Wells,2009,87).

عادة ما يتم تقديم فنيات تجزئة التيقظ الذهني بالإشارة إلى تجارب الكبح بالإشارة إلى عدم وجود استراتيجيات مجدية لمواجهة تلك الأفكار و المعتقدات التطفلية.يفترض على المعالج تذكير المتعالج أن محاولة التحكم بمحفزات الانزعاج لا تعتبر فعالة في تخطي المشكلة و لكن يستلزم مدخل جديد يتمكن من خلاله المتعالج من اكتشاف حقيقة لاتحكمية الأفكار.بالإمكان أن يطرح المعالج بعض التساؤلات عند تقديم الفنيات - على سبيل المثال:"هل حاولت من قبل عدم الانزعاج كاستجابة لفكرة مزعجة؟"؛"هل حاولت من قبل امتلاك محفزات مزعجة ؛ثم تدعها و تدعها بمفردها بدون التدخل فيها؟"؛"هل حاولت من قبل اعتبار أفكارك السلبية كونها مجرد أحداث عابرة عبر عقلك؟".بعد وضع المشهد الدرامي بهذا الأسلوب يسرد المعالج استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني التي يمكن

للمتعالج تطبيقها على هذه الأفكار حيث يوجه المعالج المتعالجين بأن ممارسة هذه الاستراتيجيات يكون على الأفكار المحايدة ابتداء و تدريجياً على محفزين أو ثلاثة للقلق أو الخوف المعايش بالطريقة التالية:"لقد رأينا قدرتنا على التحكم في الأفكار المثيرة لا يمنحنا حل طويل الأمد لإزعاجاتنا ،لقد حان الوقت لتجربة شيء ما جديد، شيء يسمى "تجزئة التيقظ الذهني"،ستمكنك هذه الفنيات من تطوير علاقة جديدة مع أفكارك لاكتشاف حقيقة انزعاجك"؛"في دقيقة واحدة سأكلفك بامتلاك فكرة عن نمر مع السماح لهذه الفكرة بان تتواجد في الحيز الخاص بها في العقل و عدم الانخراط في أيه معالجة مفاهيمية تجاه تلك الصورة"؛"أريد منك أن تشاهد الفكرة مع عدم القيام بأي شيء للتحكم بها أو التأثير عليها بأيه صورة فقط مجرد رؤية الفكرة".عادة ما يقوم المعالج بتدعيم تجزئة التيقظ الذهني بتطبيق أسلوب الحوار السقراطي بمجرد انتهاء الممارسات التدريبية يطرح المعالج أسئلة متعلقة بالفكرة أو المعتقد السلبي الناشط بحيث تتضمن الموضوعات التالية:"هل تمثل أنت الفكرة ذاتها أو الشخص الذي يلاحظ ويعالج الفكرة؟"؛"هل الفكرة المعروضة أمامك هامة أو مجرد حدث عابر في عقلك؟"؛"هل بإمكانك رؤية ذاتك بشكل منفصل عن الفكرة؟"؛ "ما هي مميزات انفصالك عن تلك الفكرة المزعجة؟"؛"في المستقبل،هل بإمكانك أن تفصل إحساسك بذاتك عن مجرد وقوع الفكرة؟"(Wells,2009,86).

مفهوم تجزئة التيقظ الذهني:-

يتضمن عنصر الفصل الذهني (الانهماك الذهني المستقل)في استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي كل من جوانب عدم الانخراط في عمليات التحكم و المعالجة المفاهيمية البالغة مع معايشة الأفكار والمعتقدات و التطفلات الفكرية من منظور المراقب بدون أي شعور واعي.يتضمن هذا المفهوم جوهر متكامل لا يستحوذ على أي مرجع مكاني أو أي نقطة مرجعية للنكوص.يحدد ويلز مفهوم الفصل لذهني باعتباره "شعور ذاتي منعزل للفرد يكون فيه الفرد مجرد ملاحظ للفكرة بشكل منفصل عن أي تقييم أو معالجة أضافية"(Wells,2009,85). يتم تحقيق هذا المفهوم بتطبيق فنيات تجزئة التيقظ الذهني عن طريق طرح بعض الأسئلة التي توجه انتباههم بطريقة خاصة أثناء لملاحظتهم لأفكارهم حيث تتكامل هذه الأسئلة مع تدريبات ذهنية في تضخيم تجربة التيقظ الذهني.عادة ما يطرح المعالج الأسئلة التالية:"هل تعتبر نفسك الفكرة أو الشخص

الملاحظ للفكرة؟"،"حاول أن تدرك وعيك باعتبارك مراقب للفكرة بشكل منفصل عن المعتقد أو الفكرة المزعجة/المهددة!!!"

تجزئة التيقظ الذهني كتكليف منزلي:-

عند تنفيذ فنيات تجزئة التقط الذهني كتكليف منزلي يتم توجيه المتعالجين لملاحظة محفزات الانزعاج و الاجترار الفكري ،ومراقبة التهديد الانتباهي ، وكذلك سلوكيات واستراتيجيات المسايرة الغير مجدية كالتجنب البصري و السمعي و الكبح الفكري"مكونات المتلازمة المعرفية الانتباهية "مع تطبيق تلك الاستراتيجيات والمهام على هذه المحفزات.عادة يتم الاقتران بين فنيات تجزئة التيقظ الذهني وغيرها من الاستراتيجيات كإستراتيجية كتأجيل الانزعاج لتسهيل تحقيق مفهوم المعالجة المنفصلة المستمرة للتطفلات الأولية.في الجلسات الأولي من البرنامج العلاجي يقوم المعالج بمراجعة بعض الأفكار التطفلية والمزعجة بغرض زيادة وتحسين وعي المتعالج بهذه المحفزات عن طريق بعض الاعتبارات والملاحظات التي يتم اعتبارها عند تنفيذ هذه المهام كتكليف منزلي بحيث يتم تطبيقها بشكل مناسب لاستهداف المخاوف والتهديدات المغلوطة(Wells,2009,86).

ب) أساليب إعادة العزو السببي اللفظية"Verbal Reattribution Techniques":

١- الوصف:-

تتشابه أساليب إعادة العزو السببي اللفظية في العلاج ما وراء المعرفي مع الأساليب التقليدية في العلاج المعرفي السلوكي(CBT) لكنها تتباين في محور التركيز العلاجي حيث يتم تطبيق هذه الأساليب لتعديل المعتقدات الايجابية و السلبية ما وراء المعرفية عوضاً عن محتوى و مضمون تلك المعتقدات و الأفكار(Wells,2009,48).عادة ما يكون الأفراد المضطربين اجتماعياً غير قادرين على المشاركة عقلياً أو سلوكياً في محتوى تلك المعتقدات و الأفكار على الأخص الجانب السلبي منها كمعتقدات الوعي الذاتي السلبي و الكفاءة المعرفية و جوانب اللاتحكمية و الخطورة الفكرية بالتالي تجعلهم تلك الأساليب أكثر ارتياحاً.عند الفشل في تحقيق مفهوم الفصل الذهني اعتماداً على هذه استراتيجيات التداعي الحر و مهمة النمر و صورة السحب يفترض على المعالج تطبيق استراتيجيات إعادة العزو السببي اللفظية بتشجيع الأفراد على الاستجابة لتعليمات التجارب التعرضية.

٢- **الأهداف الإجرائية:-**

- الاستفسار عن دليل مؤيد أو معارض للمعتقد؛
- تعيين التشوه الإدراكي في المتلازمة المعرفية الانتباهية؛
- تقييم جودة الدليل الداعم للمعتقد الأصلي في ضوء الدليل المضاد؛
- تقديم الدليل المضاد الدال على عدم صحة المعتقد الأصلي؛
- الاستفسار عن آلية أو إستراتيجية المسايرة التي يلجأ إليها المتعالج؛
- الاستفسار عن مزايا و عيوب الانزعاج؛
- مساعدة المتعالجين على المشاركة في التجارب السلوكية و التخيلية و التعرضية الهادفة لإضعاف المعتقدات اللاتوافقية سواء المتعلقة بالذات أو المحيط الخارجي التي تتم فيه تلك التجارب.
- إضعاف نطاق عريض من المعتقدات ما وراء المعرفية مع تدعيم الامتثال للتجارب السلوكية (Wells, 2009, 50).

٣- **كيفية التطبيق:-**

تتعدد الأهداف الإجرائية التي يمكن للمعالج تحقيقها عند تطبيق أساليب إعادة العزو السببي اللفظية في البرنامج العلاجي؛ يستخدم المعالج هذه الأساليب كوسيلة لتوضيح مساهمة المعتقدات ما وراء المعرفية في حدوث المشكلة، كما قد يطبق المعالج هذه الأساليب لاستكشاف و مواجهة المحتوى ما وراء المعرفي المسئول اضطراب الفوبيا الاجتماعية و تتضمن قائمة الإجراءات التي يمكن للمعالج توظيفها في برنامجه التالي:-

أ- الاستفسار عن وجود أي دليل مساند أو مضاد لمعتقد ما:-

- "ما هو الدليل الداعم لهذا المعتقد؟"،"ما هو الدليل المعارض لهذا المعتقد؟"

ب-تعيين التشوه الإدراكي في المتلازمة المعرفية الانتباهية:-

- "اعتقد انك تبالغ في تقدير السوء و تضخيمه!!"، "اعتقد انك تناقض نفسك في هذه الأمر"

ج-تقييم جودة الدليل الداعم للمعتقد الأصلي في ضوء الدليل المضاد:-

- "هل بإمكان الدليل الذي تقوله أن يؤيد من قبل شخص آخر؟"،"إلى أي مدى تعتقد في هذا الأمر؟"، "إلى أي مدى تعتقد بأننا قمنا بمراجعة الدليل؟"

د-تقديم الدليل المضاد الدال على عدم صحة المعتقد الأصلي:-

- "هل بإمكانك أن تزودني بالمعلومات حول الطبيعة الحميد للانزعاج الذي تعانيه في المواقف الاجتماعية؟"،"هل تدرك التباين بين الانزعاج و الألم النفسي!!"

ه-الاستفسار عن الآلية أو الإستراتيجية :-

- "كيف يتسبب انزعاجك أو قلقك بإصابتك بالضرر؟"،"كيف بإمكان الانزعـاج أن يجعلك آمناً؟"

و- الاستفسار عن مزايا و عيوب الانزعاج:_

- "ما هي مزايا تحكمك في أفكارك أمام الآخرين؟"،"ما هي مساوئ تحكمك في أفكارك؟"

ز- اختبار المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة و بخاصـة المتعلقـة بـالوعي الـذاتي المعرفي للشخص المضطرب سواء قبل أو بعد القيام بالتجارب السلوكية:

من المفترض قيام المعالج بتطبيق هذه الأساليب تجاه الاستجابات السلوكية اللاتوافقية لمحفزات المهددة بالتوازي مع تجارب التعرض مع منع الاستجابة حيث تم إدراجها في تصميم هذه التجارب السلوكية.بإمكان المعالج أيضاً استخدام هذا الأسلوب مع المعتقدات السلبية العامة (المسئولية عن الناتج السلبي و توقع السوء) المتمثلة في أشال المعالجـات المسبقة و معالجات ما بعد الموقف لتوضيح أنه من الطبيعـي حـدوث تلـك الأفكـار المتسلطة قبل الدخول في المواقف الاجتماعية المهددة و كذلك بعد الانتهاء من مواقـف الأداء الاجتماعي.يمكن تشجيع المتعالجين على القيام ببحـث ذاتـي لأنفـسهم لمعرفـة مضمون تلك المعالجات و تسجيلها باستخدام قائمة بغرض المساعدة في مواجهتها.يمكن أن يطرح المعالج تساؤل عام كالتالي :-

"قبل قيامنا بإجراء التجربة التالية أريدك أن تعين أكثر الأفكار المزعجة التي قد تطرأ عليك؟"؛"من فضلك سجل أي فكرة تطرأ على ذهنك في القائمة التي بحوزتك؟"،"الآن بعد انتهاء التجربة دعنا نستطلع أي الأفكار التطفلية تواراداً على ذهنـك؟ لا تكلـف نفـسك بمحاولة تقييم ذاتك تجاه تلك الأفكار ولكن دعها تتطفل عليك بدون أي تفاعل مفـاهيمي معها؟".

ح- إضعاف نطاق عريض من المعتقدات ما وراء المعرفية، و التي تندرج تحت أبعاد: المعتقدات السلبية المتعلقة بعناصر اللاتحكمية الفكرية

"إلى أي مدى تعتقد بأن انزعاجك لا تحكمي؟" ؛"هـل حاولـت مـن قبـل الـتحكم فيه؟"؛"كيف توقف الانزعاج من قبل إذا لم تستطيع السيطرة عليه!"؛"أذن مـاذا يحـدث لقلاقلك إذا حاولت الرد على التليفون"؛"اعتقد أن انزعاجك سيتوقف لأنك ستوقفه بالتفكير في شيء ما آخر؟"؛"بالتالي هناك دليل بقدرتك على التحكم فيما يحيطك مـن انزعـاج

؟"؛"هل تعتقد ذلك؟"؛"دعنا الآن نختبر الفكرة التي تسيطر عليك لنتيقن من قدرتك على التحكم فيها حيث سنقوم بتجربة سلوكية تستهدف هذا الأمر".

المعتقدات السلبية المتعلقة بالخطورة الفكرية

"القِ نظرة على هذه الأفكار الخطيرة المتعلقة بتأثيرات الانزعاج عليك!أعتقد انك لا تريد حتى التفكير بخصوص تلك الأفكار!؛"هل تعتقد انه بمجرد تفكيرك بهذه الفكرة قد تدفعك لإيذاء شخص ما أو على الأقل نفسك؟"؛"إلى أي مدى تعتقد أن مجرد امتلاكك مثل هذه الأفكار قد يدفعك للتصرف بناءاً عليها؟حدد درجة اعتقادك في الأمر اعتقد أنها تزيد على(٩٠%)"؛ "أذن ما دليلك على هذا يقينك بهذه الفكرة؟ أنا لا املك الدليل و لكنني انزعج لمجرد التفكير فيها. .!"؛"جيد ؛إذن فلم تؤذي أحد لمجرد التفكير في هذه الأفكار"؛"حاول أن تحصي معي الأفكار السيئة التي قد تطرأ على ذهنك؟ أكثر من أن يتم حصرها"؛"أذن ؛فهناك دليل بامتلاك الأفكار القدرة على دفعك لارتكاب الأخطاء أو لا تملك القدرة على ذلك؟"؛ "ربما بالفعل لا تملك القدرة؛ لقد انخفض درجة الثقة في المعتقد إلى اقل من(٧٠%)".

المعتقدات جدوى الاجترار الفكري الايجابي

"إلى أي مدي تعتقد بان تحليلك للماضي(مواقف الفشل الاجتماعي السابقة) سيساعدك على الشعور و الإحساس بالأفضل؟ (١٠٠%)"؛"إلى أي مدى ساعدك هذا التفكير؟ أحياناً اعتقد انه سيجدي نفعاً"؛"هل قمت بحل مشكلاتك السابقة مع شعورك بالتقييم السلبي من الآخرين؟لا"؛ "أذن أين الدليل على تخفيف هذا التحليل من شعورك بالخوف و القلق في المواقف الاجتماعية؟ أن لا اعرف شيئاً و لكن اعتقد أنه عندما أفكر في هذا الموضوع لا أفكر في أي شيء آخر على الإطلاق . . ! !"؛"اعتقد أن هذا تستند إلى فكرة مغلوطة"؛"إذن ما نتيجة هذا الأمر؟ إلى أي جانب تلجأ في العادة؟ اعتقد أنني سأستمر في تحليلي السالف للمواقف الاجتماعية السالفة "؛"إلى أي مدى قادتك هذه الإستراتيجية إلى الشعور بتحسن؟ اعتقد انه موجود ولكنه ليس دائماً حيث قد يسوء الأمر بدلاً من أن يتحسن"؛"بالتالي قد تجعلك تشعر بالسوء؟ نعم،اعتقد بحدوث هذا الأمر"؛"إلى أي درجة تعتقد أن تفكيرك الايجابي حول تلك الأفكار قد يساعدك على المدى البعيد؟لا أعرف ولكني لا أقوم بالانكباب على تحليل تلك الأفكار بشكل كافي"؛"جيد،أذن حاول أن تجتر فكرياً أكثر لنرى إذا كان الانزعاج مجدي أم لا ؟ الآن لا اعتقد بقدرتها على أن تجعل

الأمور تتحسن "؛ "بالتالي إلى أي مدى تعتقد بأن تأملك البالغ في هذه الفكرة سيساعدك في تجاوز المواقف الاجتماعية المهددة؟ الآن، ربما أقل من (٢٠%)".

ج) مهمة النمر" Tiger Task":-

١- الوصف:-

تتلخص هذه المهمة في توجيه المشاركين و إرشادهم لملاحظة الجوانب اللاتحكمية من التخيل كوسيلة لمعايشة مفهوم تجزئة التيقظ الذهني (DM) حيث يتم التدريب بداية باستخدام صورة ذاتية للمتعالج في موقف محايد و بعد ذلك يتم تطوير تلك المهام لاستخدامها مع الصورة الذاتية السلبية للفرد في المواقف و التفاعلات الاجتماعية بغرض إيقاف أو على الأقل تحجيم المعالجة المفاهيمية لتلك الصورة السلبية.في الصورة الأولية المحايدة يتم الاستعانة رمزياً بصورة أحد النمور المفترسة. (Wells,2009,350).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تسهيل حدوث الانهماك الذهني المستقل؛
- إيقاف أوعلى الأقل تحجيم المعالجة المفاهيمية في التفاعلات الاجتماعية؛
- تسهيل مرونة التحكم الانتباهي مع مواجهة الجوانب السلبية اللاتحكمية في المحتوى العقائدي للفرد بزيادة الجانب التخيلي.

٣- كيفية التطبيق:-

يمكن أن يقدم المعالج الصورة السلبية(صورة النمر)كالتالي:-

"لقد أدركت جيداً مفهوم تجزئة التيقظ الذهني و ما يتطلب عمله الآن هو تنفيذ هذه المهمة بشكل عملي.في هذه الحالة سنؤدي(مهمة النمر)"؛"أريدك أن أكلفك بغلق عينيك مع تخيلك صورة لنمر مفترس دعنا نفعل ذلك الآن!!"؛"لا تحاول أن تؤثر أو تغير هذه الصورة بأي شكل كان. فقط شاهد صورة النمر و سلوكه!!..... جيد ".بعد حوالي دقيقتين من المفترض على المعالج تحديد ما إذا تم تنفيذ المهمة بنجاح.لو كانت هناك أي صعوبات؛يفترض على المعالج استكشاف تلك الصعوبات وتقويمها- على سبيل المثال- قد يبلغنا بعض المتعالجين بعدم قدرتهم على الإبقاء على الصورة و هي ساكنة.من المفترض مناقشة هذه المشكلة كمؤشر على محاولة المتعالج لفعل شيء ما تجاه الفكرة باعتبارها لا تمثل هدف التمرين.من المفيد تذكير المتعالج عفوياً بأن الغرض من التدريب يكمن في مشاهدة الفكرة بأسلوب منفصل مهما حدث.من المفترض تكرار المهمة أو استبدالها بفنية أخرى لتجزئة التيقظ الذهني كمهمة التداعي الحر" Free

Association" أو استراتيجية صورة السحب "Cloud Image Strategy"حتى يحوز المتعالج على الخبرة الكافية اللازمة لتنفيذ التيقظ الذهني(Well,2005,346).

"انظر فقط على النمر! ربما تلاحظ انه يتحرك و لكن لا تجعله يتحرك"؛"قد تعتقد أن الفكرة تختفي و لكن لا تجعلها تختفي"؛"ربما تلاحظ الأفكار الأخرى و لكن لا يفترض أن تؤثر هذه الأفكار على إرادتك الذاتية"؛"لكن شاهد الفكرة بأسلوب منعزل عن ذاتك ولا تحاول أن تؤثر أو تغير في الصورة بأي شكل كان"(Well,2005,348).

عند إجراء تحسينات على هذه الممارسة يمكن للمعالج أن يستفسر من المتعالج عن الحركات التي قام بها النمر و ما إذا كانت صورته قد تغيرت أم لا،كما قد يسأل المعالج السؤال التالي:"هل جعلت النمر يتحرك أم انه تحرك من تلقاء نفسه؟".

عند ممارسة المتعالج تلك الحركات باعتبارها تلقائية سيدرك المتعالج هذه الصورة بكونها تلقائية بالتالي يتأكد في ذهن المتعالج فكرة معايشة التيقظ الذهني؛ويسأل المعالج عندها عما إذا كان بإمكان تطبيق هذه الفنية بشكل تلقائي على أي أفكار حادثة سلبية (Wells,2009,82).

د) مهمة التداعي الحر"Free Association Task":-

١- الوصف:-

تتخلص هذه المهمة في تكليف المعالج للمتعالج للجلوس بسكينة مع ملاحظة تطفل الأفكار والذكريات التي يتم تحفيزها عن طريق المحفزات اللفظية تلقائياً .بالتالي يكمن الهدف من هذه الاستراتيجية في عدم تفعيل الأفكار و الذكريات المهددة لكن باعتبارها أحداث تلقائية في صورة إرشادات و تعليمات في المواقف المحايدة أو المثيرة للانزعاج بداية.يتم التدريب في البداية على هذه المهمة باستخدام مثيرات ايجابية محايدة وبعدها اعتماداً على مثيرات غير محايدة(مثيرة للانزعاج و التهديد الاجتماعي) (Wells,2009,81).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تسهيل الملاحظة السلبية للإحداث الداخلية و تدفقها؛
- تسهيل ما وراء الوعي واللاتمركز والاستقلال ألانتباهي و المعالجة المفاهيمية المنخفضة "Low-Conceptual Processing" (Wells,2005,346).

٣- كيفية التطبيق:-

في البداية يقوم المعالج بتعريف المهمة بالطريقة التالية:-

"حتى تكون على معرفة بفنيات تجزئة التيقظ الذهني (DM) من المفيد أن تتدرب على تنفيذها كاستجابة لأفكار و أحداث تلقائية تدور في عقلك"."عند قيامك بهذه المهمة ستتمكن من تعلم كيفية الارتباط بالأحداث بأسلوب جيد"؛"في لحظة ما سأتلو عليك سلسلة من الكلمات و أرجو منك أن تسمح لعقلك أن يحلق بحرية استجابة لها"؛"عليك ألا تحاول السماح لعقلك بتحليل أو التحكم فيما تفكر فيه و إنما راقب استخدام عقلك لها"؛"قد تجد أن لا شيء يحدث و لكن قد تجد صوراً أو أحاسيس قد تطرأ على ذهنك"؛"ليس الهام أن تعرف ما يحدث و لكن مهمتك أن تشاهد سلبياً ما يحدث دون التأثر بأي شي عن طريق إبقاء عينيك مفتوحتين"؛"سأتلو عليك بعض الكلمات الآن:"صديق"،"ليلة زفاف"،"شاطئ البحر"،"محادثة،"تعاون"،"الورود "،"التربية العملية" ،"المدرسة" ،"الموجه"،"الوالدين،"العمل" ،"الأقارب"،"الزملاء"؛ماذا لاحظت عندما راقبت عقلك؟ ".

يكمن هدف هذه الإستراتيجية في التأثير على أفكارك ومشاعرك السلبية ومشاهدة ما يدور في عقلك دون الانخراط بصورة نشطة في أي عملية من عمليات التفكير.

بعدها يعين المعالج في الخطوة التالية محفز مقلق حديث بالطريقة التالية:-

"فكر بخصوص احدث موقف اجتماعي مزعج عايشته مؤخراً؛ماذا كانت الفكرة المحفزة في هذا الموقف؟"؛" في هذه المرحلة يتم إيضاح الصورة السلبية و ماذا لو استمر المعالج في تكرار إجراءات تجزئة التيقظ الذهني بالنسبة للمحفز"؛"أريد منك أن تجلب إلى ذهنك المحفز المزعج.فقط أسمح للمحفز أن يظل في عقلك و لا تقوم بأي شيء حياله.لا تقوم بدفعها بعيداً و لا تحاول أن تبررها أو تتفاعل معها بشكل أو بآخر أنها مجرد فكرة"(Wells,2005,346).

ه) إستراتيجية التوجيه ما وراء المعرفي"Metacognitive Guidance Strategy":-

١- الوصف:-

تشير إستراتيجية التوجيه ما وراء المعرفي إلى استخدام أسلوب التساؤل المنظم لتحفيز التأمل الذاتي ما وراء المعرفي أثناء التعرض للمواقف أو المحفزات الإشكالية في صورة سلسلة من الأسئلة يتم توجيهها أثناء التعرض (سواء للمواقف المحايدة أو المثيرة للتهديد الاجتماعي)(Wells,2009,80).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- رفع مستوى ما وراء الوعي"Meta-awareness"؛
- تسهيل الملاحظة السلبية للأحداث؛

- التحرر من الانتباه(اللاتمركز)(Wells,2005,347).

٣- كيفية التطبيق:-

يقوم المعالج بطرح العديد من الأسئلة حول نقاط مثل:-

"هل تعتبر أفكارك بشكل دائم مجرد حقائق تختلف عما تراه في العالم الخارجي في نفس ذات الوقت؟"؛"هل سبق و أن توقفت للحظة لتدرك و تعي التدفق الداخلي للأفكار التي تلازمك بصفة مستمرة؟"؛" أود أن نتجول معاً و أثناء قيامك بذلك عليك استخدام انتباهك بطريقة جديدة أثناء هذه الجولة"؛"هل بإمكانك أن تصبح واعياً بالأفكار والتخيلات التي تعايشها ؟"؛"هل بإمكانك أن ترى أفكارك و العالم الخارجي في نفس الوقت؟"؛"حاول أن تركز على أحد الأفكار أثناء تركيزك على ما يحدث في الشارع القريب منك ،ثم أسأل نفسك هل أعيش بجانب أفكاري أم أنك تعيش بجانب ما تراه عينك في تلك اللحظة؟" (Wells,2005,346).

و) إستراتيجية صورة السحب"Cloud Image Strategy":-

١- الوصف:-

تتلخص هذه الإستراتيجية في استخدام الخيال مع المضطربين قلقياً كوسيلة للاستجابة للمعتقدات اللاتوافقية التي يحوزونها بحيث يتم تخيلها باعتبارها مرسومة على أشكال السحب مع السماح لها بالتحرك و السفر بحرية في السماء. يتم تطبيق هذه الإستراتيجية في اضطراب الفوبيا الاجتماعية لكي تتضمن تلك المعتقدات عنصر الاستجابة للأفكار مع تحويل مسار تلك الأفكار بعيداً عن الذات.يمكن أيضاً تطبيق تلك الإستراتيجية بأسلوب أكثر جدوى فيها عن طريق استخدام و تخيل السحب باعتبارها استعارة لنقل تجربة تجزئة التيقظ الذهني.تعتبر هذه الإستراتيجية البديل الأنسب عن الانخراط في المعالجات و الأساليب الاجترارية اللاتوافقية(المعالجات المسبقة و معالجات ما بعد الموقف) (Wells,2009,82-84).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تحقيق اللاتمركز و الاستقلال الانتباهي؛
- تحسين و زيادة عمليات التحكم؛
- تقليل النشاط المفاهيمي الوقائي(Wells,2005,348).

٣- كيفية التطبيق:-

يتم تقديم هذه الإستراتيجية عن طريق مجموعة من التعليمات:-

"إن الطريقة الوحيدة التي تساعدك على تحقيق مفهوم تجزئة التيقظ الذهني لديك تتمثل في التفكير فيما يتملكك من أفكارك و معتقدات سلبية باعتبارها سحب تسير في السماء بالتالي ليس من الضروري بل أيضاً من المستحيل الدفع بهذه السحب بعيداً عن سمائك والتحكم في حركتها"؛"من الواجب أذن التعامل مع أفكارك و مشاعرك باعتبارها سحباً سائرة لا تشغل إلا حيز محدود سواء مكانياً أو زمانياً حتى عندما تسير"

ز) إستراتيجية التجول العقلي المقيد"Perspective Mind-Wandering Strategy":-

١- الوصف:-

تختص هذه الإستراتيجية بتسهيل تجزئة التيقظ الذهني بخاصة في الحالات التي تتطلب مجهودات بالغة للتحكم العقلي.يمكن إدراك المجهودات الزائدة في أشكال التجنب الإدراكي- الانفعالي"Cognitive Emotional Avoidance " في الاضطرابات المتعلقة بالخوف من الأفكار التطفلية كاضطراب الفوبيا الاجتماعية أو اضطراب الوسواس القهري.بالإمكان اعتبار مجهودات التحكم البالغة أكثر إشكالية من الأفكار التلقائية نظراً لأنها تتداخل مع عمليات التحكم المعرفي التلقائية في مواقف اجتماعية معينة علاوة على ميل تلك المجهودات المتكررة إلى تعطيل التوصل إلى مفهوم التحكم العقلي بحيث تمنع الفرد من اكتشاف عدم خطورة و ضرر التطفلات الفكرية على الإطلاق(Wells,2005,347).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تسهيل تجزئة التيقظ الذهني (DM)على الأخص عند بذل مجهود زائد في عمليات التحكم الذهني؛
- دحض وتفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية المتعلقة بالخطورة واللاتحكمية للتطفلات الفكرية بالتوصل لمفهوم التحكم العقلي.(Wells, 2005, 347).

٣- كيفية التطبيق:-

عادة ما يتم تطبيقها في صورة إرشادات كالتالي:-

"يحاول بعض الناس بجدية كبيرة أن يتحكمون في أفكارهم أو حل مشكلاتهم بجدية ويمكن أن يكون لهذا الأمر تأثير في أبعاد الشخص على الحل.يمكنك أن تلاحظ نفسك عندما كنت غير قادر على تذكر اسم احد الأشخاص مع كونه على طرف لسانك و قد حاولت جاهداً أن تجعل عقلك يتذكر هذا الاسم لكنك لا تجد عقلك يعمل بطريقة معتادة

لكن على الجانب الآخر عندما تطلق العنان لعقلك فإنه سيقوم بوظيفة التـذكر بـصورة جيدة و دون عناء أو توتر".

"يمكن لعقلك أن يعتني بنفسه مع إطلاق العنان لأفكارك لتعمل بحريـة ثـم تـشاهده ببساطة يقوم بذلك".

"هذا التدريب يجعلك قادراً على اكتساب القدرة على الانهماك الذهني المستقل(DM) و يتم كما يلي: أجلس في هدوء و أنت مغمض العينين لمدة ثلاث دقائق مـع سـماحك لأفكارك أن تتجول و تدور برأسك بحرية مع عدم التحكم فيها تنفيذها بـأي طريقـة ، سأسألك بعد ذلك أن تصف لي ما حدث داخل عقلك".

ح) تجربة الكبح الفكري والكبح المضاد"-Suppression Counter suppression Experiments":-

١- الوصف:-

تستخدم تجارب الكبح الفكري والكبح المضاد كتمهيد سابق على تطبيق فنيات تجزئة التيقظ الذهني للتأكيد على عدم جدوى فاعلية استراتيجيات الكبح الفكـري فـي الـتحكم بالمحفزات الأولية للانزعاج والحاجة لوجود مدخل علاجي جديد قد يتمكن المعالج مـن خلاله من اكتشاف حقيقة لاتحكمية و خطورة الأفكار.يشكك العديد من المتعـالجين فـي دفع الانزعاج بعيداً في الجلسة العلاجية باعتبارها عملية زائفة لا يمكن تحقيقهـا حيـث يساوون خطأ بين مفهوم التيقظ الذهني و العقل الفارغ وهذا ما تؤكده تجـارب الكـبح الفكري و الكبح المضاد (Wells,2009,84).يفترض على المعالج في هذه التجـارب التمييز بين الكبح الفكري و تجزئة التيقظ الذهني حيث تتم مناقشة عدم فاعلية تجـارب الكبح الفكري للتخلص من محفزات الانزعاج وفي نفس الوقت التأكيد على فاعلية فنيات تجزئة التيقظ الذهني و التي تسمح للأفكار لتشغل الحيز المتاح لها باعتبارهـا أحـداث عابرة في العقل لا تتطلب استجابة نشطة.

٢- الأهداف الإجرائية:-

- المساعدة في تقديم فنية تأجيل الانزعاج و اسـتراتيجيات سـوء التوافـق مـع الانزعاج فيما يتعلق بمواجهة معتقدات القلق الايجابي؛
- إثبات عدم جدوى استراتيجيات الكبح الفكري في التخلي عن ما يحيط من أفكار ومعتقدات تطفلية.

- محاولة التمييز بين القمع أو الكبح للفكر و بين تجزئة التيقظ الذهني"الانهماك الذهني المستقل"(DM)؛

- الاعتماد على فنيات تجزئة التيقظ الذهني لتقليل النشاط المفاهيمي الوقائي مع المعتقدات ما وراء المعرفية؛

- تسهيل الملاحظة السلبية عند الانخراط في معالجات اجترارية بخاصة مع المعتقدات السلبية المتعلقة باللاتحكمية و الخطورة الفكرية وأيضاً بجدوى الانزعاج (Wells,2005,347) (Wells,2009,82).

٣- كيفية التطبيق:-

يعمل المعالج على إجراء هذه التجارب بداية بالانخراط فترة قصيرة من كبح الفكر تليها فترة تالية من الكبح المضاد و تأخذ في العادة الإجراءات التالية : يبدأ المعالج في هذه الخطوة بالقيام بتجربة لكبح الفكر الهدف منها توضيح أن بعض استراتيجيات التحكم في الفكر تعتبر تناقضية و غير فعالة و لا تزودنا بحل طويل الأمد.يتم تكليف المتعالج في هذه اللحظة بكبح فكرة محايدة.بالإمكان إن يقدم المعالج تجربة الكبح للفكرة المحايدة كالتالي:

"يمكننا أن نبدأ بفكرة محايدة الآن خلال الدقائق التالية أريدك أن تفكر في كرسي خشب و لكن لا تسمح لنفسك أن يكون لديك أي فكر مرتبط بالكراسي الخشبية ؟.جيد !! يمكنك التوقف الآن،ماذا! حدث أثناء محاولتك كبح الفكرة"؛"دعنا نجرب شيئاً جديداً؛ أريدك أن تتخيل صورتك أثناء قيام زملائك بمراقبتك أثناء تقديمك لموضوع بحثي أمام زملائك في المدرج، لكن لا تسمح لنفسك في خلال الدقائق التالية أن يكون لديك أي فكر مرتبط بهذه الصورة ؟؟جيد"؛" يمكنك التوقف الآن".

يستمر المعالج عادة بأسلوب المحاضرة لتدعيم عدم فاعلية تلك التجارب في التخلص من كل محفزات التطفلات الفكرية بالتالي يتم تنفيذ هذه التجارب كالآتي:"عادة ما يبلغنا المتعالج بتوارد الفكرة المكبوحة سلفاً و عدم قدرته على التخلص منها،بالتالي محاولتك لكبح محفزات الانزعاج لديك ليست بالفاعلية الكافية".يمكن في هذه الحالة أن يسأل المعالج:"لو كانت هذه الإستراتيجية غير فعالة فما الذي دفعك للاعتقاد بقدرتك على التحكم في انزعاجك؟"، في بعض الحالات يصبح المتعالج قادراً على كبح الفكرة المستهدفة في هذه الحالة يطرح المعالج ببساطة سؤال"يبدو انك قادر على كبح هذه الفكرة!هل هذا شيء يمكنك فعله مع جميع محفزات القلق التي تطرأ عليك!"تستخدم

الإجابـــة هـــذا الـــسؤال لإظهـــار عـــدم الفاعليـــة المـــستمرة لهـــذه الإســـتراتيجية؟ (Wells,2009,83).

تم الإشارة سلفاً إلى عدم فاعلية تجارب الكبح كاستراتيجيات لمـــسايرة الاجتـــرارات الفكرية و لكن من المفترض على المعالج التأكيد على أن محاولة الـــتحكم بـــالمحفزات الأولية الخاصة بالانزعاج لا تعتبر فعالة في تخطي المشكلة بالتمييز بين تجارب الكـــبح الفكري وتجزئة التيقظ الذهني.لتحقيق هذا الهدف يمكـــن أن يطـــرح المعـــالج الأســـئلة التالية:"هل حاولت من قبل عدم محاولة الانزعاج كاستجابة لفكرة مزعجة؟"؛"هل حاولت من قبل أن تمتلك محفز مزعج ثم تتركه بمفرده؟"؛"هل حاولت رؤية أفكارك السلبية من قبل باعتبارها مجرد أحداث عابرة عبر عقلك؟"؛"لقد رأينا قدرتنا على التحكم في الأفكار المثيرة لا يمنحنا حل طويل الأمد لإزعاجاتنا المزعجة لقد حان الوقت لتجربة شيء مـــا جديد، شيء يسمى تجزئة التيقظ الذهني"؛"ستمكنك هذه الفنية من تطوير علاقة جديدة مع أفكارك مع اكتشاف الحقيقة حول انزعاجك. سأكلفك في دقيقة واحدة بامتلاك فكرة عـــن نمر مع السماح للفكرة بالتواجد في حيزها الخاص بها داخل العقل مع عدم القيـــام بـــأي شيء للتحكم بها أو التأثير عليها بشكل ما مجرد رؤية الفكرة"(Wells,2009,104).

بعد وضع المشهد الدرامي بهذا الأسلوب يعلم المعالج المتعالج باستراتيجيات تجزئـــة التيقظ الذهني التي بإمكانه تطبيقها على هذه المحفزات مع توجيـــه المتعـــالج بإمكانيـــة ممارسة هذا الأسلوب على الأفكار المحايدة ابتداء بعدها على أكثر من محفز للانزعـــاج في ضوء استمارة صياغة حالة الفوبيا الاجتماعية.

ط) فنية التدريب على الانتباه"Attention Training Technique":-

١- الوصف:-

تم تطوير فنية التدريب على الانتباه (ATT)على أساس النظرية ما وراء المعرفيـــة للاضطراب النفسي فتعرض النظرية ما وراء المعرفية المدعمة بدليل تجريبي أن نمط التفكير المسمى بالمتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS)- المسئول عن نشوء الأعـــراض المرضية في العديد من الاضطرابات النفسية-يرتبط بالمكون ما وراء المعرفي المتحكم في عمليات الانتباه و المعالجة.يعول على المكون ما وراء المعرفي تحجير الفـــرد فـــي أنماط مستمرة متكررة من التفكير والانتباه السلبي التي يصعب التحكم فيها مع مساهمتها في تعزيز اضطراب القلق و الاكتئاب.بالتالي يمكن الاستدلال علـــى فائـــدة التـــدريب الانتباهي في مساعدة الشخص على تقوية تحكم انتباهي قوى ، و من ثم يمكن اعتبارها

أداة علاجية مجدية(Wells,2005,350).لقد تم تصميم فنية التدريب على الانتباه في الأساس لإعاقة التركيز الذاتي البالغ مع تفعيل و تحسين الانتباه الخارجي حيث يتم تطبيقها كتمرين ممارسي بغرض يستهدف بناء إطار عمل و إجراءات ضرورية لتحسين التحكم ما وراء المعرفي في المعالجة كاستجابة للأفكار و الانفعالات و ليس كإستراتيجية مواجهة (Wells,2000,139).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- إيقاف الانتباه البالغ غير المرن المنصب على الذات ؛
- تفعيل إستراتيجية الاستماع النشط و تركيز الانتباه في سياق من الأحداث المتزامنة التي يتم تقديمها في سياقات صوتية متباينة الجهارة و متعددة المواقع المكانية؛
- تحقيق التعرض المعاني المكبوح المحتمل للانفعالات بشكل يؤدي إلى فقدان الحساسية للاستجابة الظرفية بالتالي زيادة التحكم التنفيذي(Wells,2009,57)، (Wells,2005, 351).

٣- كيفية التطبيق:-

يتم تقديم فنية التدريب على الانتباه في إطار ضمن منطقية و إجراءات تنفيذية متوافقة تؤكد على أن هدف هذا الأجراء لا يكمن في مجرد كبح أو تجنب الأصوات الداخلية كالأفكار و المعتقدات الطفلية و المختلة لكن ممارسة التركيز الانتباهي بشكل مرن و بأسلوب محدد.يمكن اعتبار التداخلات الفكرية بمثابة صوت أضافي حيث تكمن المهمة الأساسية في تطبيق الفنية تفصيلياً في ضوء إرشادات و خطوات إجرائية محددة(Wells,2000,350).

تؤكد إرشادات ممارسات التدريب الانتباهي على أن فنية التدريب على الانتباه ليس مجرد ممارسة لتنظيم و تناغم سماع الأصوات و لكن معايشة الأفكار كأصوات أو على وجه الدقة "سماع الأفكار".يمكن اعتبار هذه الفنية بمثابة إستراتيجية مواجهة فعندما تتحول ممارسة هذه الفنية إلى مهارة سيتم تطبيقها بشكل سلبي يؤدي إلى تنشيط المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية مع تركيبات غير مجدية من الاستراتيجيات التحكمية التي تكون الأصوات عندها بمثابة عرض مؤلم(Wells,2000,139,140).

تشتمل فنية التدريب على الانتباه ثلاث (٣) مستويات يتم التدريب عليها في كل جلسة ممارسة حيث تستمر الجلسة لحوالي من(١٢) إلى(١٥) دقيقة:أول مستوى لهذه الفنية يسمى (الانتباه الانتقائي)"Selective Attention"و يتطلب من المشاركين التركيز على

أصوات مفرده في مواقع مكانية متباينة مع توجيههم لذلك أثناء محاولتهم تعزيز و تدعيم الانتباه الانتقائي لتقليل التشتت؛والجانب الثاني يسمى (التبديل السريع للانتباه)" Rapid Attention Switching" وهو مستوى يحدث بين الأنماط المتباينة والمواقع المكانية المختلفة؛بينما الجانب الأخير و يدعى(تقسيم الانتباه)"Dividing Attention" يتضمن بشكل موجز تقسيم الانتباه حيث يتم استحضار العديد من الأصوات المتزامنة "simultaneous"قدر الإمكان وكذلك المواقع المكانية التي تصدر عنها هذه الأصوات. بالإمكان تضمين المراحل الإجرائية لهذه الفنية في النقاط التالية:

تتكون تعليمات الانتباه الانتقائي من إرشاد المتعالجين للانتباه لأصوات فردية بين باقة من الأصوات المتزامنة في مواضع مكانية متباينة في البيئة المحيطة مع إرشادات مستمرة نحو توجيه انتباه المرض إلى أصوات فردية محددة أثناء مقاومة التشتيت من قبل الآخرين.

يشتمل مكون التبديل السريع للانتباه من إرشادات تستهدف تحويل الانتباه بين أصوات فردية (مواقع مكانية متباعدة مع سرعة متزايدة حيث يستمر هذا المكون في بداية هذه المرحلة (أول عشر ثواني) تخصص للأصوات الفردية بعدها يتم زيادة سرعة التبديل الصوتي لتصبح صوت كل (٥) خمس ثواني.

تنتهي هذه الفنية بالإجراء الأكثر اختصاراً (١-٢) دقيقة و هو الانتباه المجزئ (المقسم) فيتم تكليف المتعالجين لتوسيع عرض و سعة الانتباه مع محاولة معالجة الأصوات و المواقع المتعددة بطريقة آنية(Wells,2009,58).

ي) فنيات الفصل أو التفكيك المعرفي"Cognitive Diffusion Techniques":-

١- الوصف:-

تستخدم فنيات الفصل أو التفكيك المعرفي لمواجهة المعتقدات الخاصة بمصداقية التقييمات الذاتية ومدى واقعيتها ؛ففي اضطراب الفوبيا الاجتماعية -علي سبيل المثال- يتم اختبار معتقدات الوعي الذاتي السلبي حيث يتم تدريب المتعالجين على تنفيذ بدائل مغايرة لتلك المعتقدات والأفكار المتسلطة. من الضروري بالتالي إحداث التطبيع الاجتماعي للمتعالجين على دور تلك المعتقدات ما وراء المعرفية في تزمن المشكلة الانفعالية عن طريق الاكتشاف الموجه.تصمم فنيات الفصل أو التفكيك المعرفي بغرض تقليل وظائف المعتقدات بتغيير هيئة المعالجة التي تحدث فيها(الهيئة ما وراء المعرفية) مع تغيير الشكل أو السرعة أو الحالة الاعتبارية للتطفلات الفكرية و بخاصة السلبية

الذاتية و السلبية المتعلقة بجوانب اللاتحكمية والخطورة المعرفية(عبد الله محمد عبد الظاهر،٢٠٠٨، ١٠٥،١٠٤).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- المساعدة في عملية التطبيع الاجتماعي للمتعالجين على دور المعتقدات ما وراء المعرفية في استمرارية المشكلة الانفعالية لدى المتعالجين؛
- مواجهة المعتقدات و الأفكار المحفزة بصدق التقييمات الذاتية المتعلقة بالفرد للتطفلات الفكرية مع تسهيل الاندماج في الهيئة ما وراء المعرفية؛
- تعليم و تدريب المتعالجين على استراتيجيات بديلة للتصرف استجابة للمعتقدات و الأفكار التطفلية السلبية (كالمعالجات المسبقة و معالجات ما بعد الموقف الاجتماعية والأفكار المتعلقة بالتقييم الذاتي السلبي)(Wells,2000,193).

٣- كيفية التطبيق:-

تبدأ الخطوة الأولي لفنيات الفصل أو التفكيك المعرفي عندما ينتقل المتعالج لإنشاء نظام فكري و ادراكي بديل بمعنى العمل على المستوى ما وراء المعرفي لتوفيق المتعالجين على دور المعتقدات ما وراء المعرفية في المشكلة الانفعالي التي يعانونها بالاكتشاف الموجه(Wells, 2000, 193)؛بمعنى التشكيك في تقييم مصداقية الأفكار المتسلطة سواء السلبية والايجابية مع التخلي عن استراتيجيات المسايرة غير المجدية.فالمطلوب في تلك الفنيات الانتقال بالمتعالج للعمل على المستوى ما وراء المعرفي لمواجهة فاعلية التفكير بالتطفل الفكري بالتوازي مع التخلي عن المعتقد اللاتوافقي و الاستراتيجيات و السلوكيات اللاتوافقية المصاحبة على أن يتضمن الحوار الذي يجريه المعالج الأسئلة التي تسهل الدخول في الهيئة ما وراء المعرفية.يمكن أن يطرح المعالج التساؤلات التالية:-

"ما الذي يحفزك على الاستغراق في مثل هذه المعالجات و الاجترارات الفكرية؟"؛"إذا كنت لا تعتقد في مصداقية تلك الاجترارات الفكرية حول صورتك الذاتية أمام الآخرين ،فلماذا أنت بحاجة دائمة لممارسة تلك الاجترارات المزعجة؟"؛"بماذا تشعر لو عرفت أن مخاوفك و معتقداتك بشأن سيطرتك على تركيزك الانتباهي وعمليات الاحتفاظ والاسترجاع للمعلومات تعتبر غير واقعية أو صادقة ؟"

"كيف تتأكد من جدوى تلك معتقدات القلق الايجابي في تخطي الموقف أو الحدث الاجتماعي؟"؛"كيف يمكن أن تؤثر الاجترارات الفكرية المتعلقة بذاتك على ثقتك في

ذاكرتك و انتباهك و بخاصة في المواقف الاجتماعية ؟"؛"كيف يمكن أن يـؤثر سـلوك التجنب البصري على قدرتك على الانتباه في المواقف والتفاعلات الاجتماعية؟"؛"كيـف بإمكانك الربط بين إدراكك السلبي الذاتي و عدم قـدرتك علـى الثقـة فـي عملياتـك الإدراكية(الانتباه و الذاكرة)؟"؛"كيف توثر معتقداتك السلبية حول ذاتـك علـى حـدوث المخرجات المخيفة التي قد تتجنبها؟"؛"إلى أي مدى تستطيع الربط بين كفـاءة عملياتـك العقلية وأثره في حدوث النتائج و المخرجات الغير مقبولة في المواقف الاجتماعيـة؟"؛ "هل في اعتقادك تأثير لتكرار توارد بعض المعتقدات السلبية على عمليات الثقة و الانتباه في الذاكرة لديك؟"(Wells,2000,110).

من خلال استخدام هذا النمط من الأسئلة يتم إدخال المتعالج للهيئة ما وراء المعرفية مع اكتسابه النموذج ما وراء المعرفي لمشكلته "Metacognitive Model".يجب فـي هذه الصدد إلقاء الضوء على الطبيعة غير المجدية للسلوكيات و التصرفات اللاتوافقيـة التي يستخدمها المتعالج(كالتجنب البصري) ودورها في تزمن المشكلة.تتكون الخطـوة التالية من مواجهة المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية وتفنيدها بتطبيق استراتيجيات لفظية تكميلية مثل:استثارة التنافر و تدعيمه؛و التشكيك في الدليل مـع فحـص الـدليل المضاد(Wells,2000,193).سيتم تفصيل تلك الاستراتيجيات فيما يلي:

ك) إستراتيجية استثارة التنافر و تدعيمه"Inducing Dissonance Strategy":-

١- الوصف:-

تعتبر استراتيجيه إحداث التنافر وسيلة جوهرية فعالة للتأكيد على مركزية المعتقدات السلبية في نشوء المشكلة الانفعالية عن طريق توعية المتعالجين بـأن وجـود بعـض المعتقدات السلبية يؤدي لاسـتثارة الانزعـاج اللاتحكمـي تجـاه محفـزات التهديـد الاجتماعي؛أما تدعيمه فيبدأ عندما تبدو المعتقدات ما وراء المعرفيـة الـسلبية وعلـى الأخص الوعي الذاتي السلبي واضحة.فبمجرد المواجهة الفعالة للمعتقدات السلبية يصبح من المناسب التحرك نحو مواجهة المكون ما وراء المعرفي.تزودنا المعتقدات مـا وراء المعرفية السلبية المستقاه من صياغة الحالة العلاجية بفرص تأكيد الصراع الواقع بـين المكون السلبي أو الايجابي ؛ فبإمكان المعالج تطبيق هذه الإستراتيجية لتعديل أي جانب من جوانب المعادلة – على سبيل المثال – إضعاف الأفكار و المعتقدات السلبية سـواء العامة أو المتعلقة بالذات أو بجوانب اللاتحكمية و الخطورة الفكريـة مـن جانـب أو

المعتقدات الأخرى المتعلقة بتأثيرات تلك المعتقدات على كفاءة عمليات الانتباه والذاكرة و جدوى الانزعاج من جانب آخر (Wells,2009,110).

٣- كيفية التطبيق:-

يعمل المعالج في الهيئة العلاجية ما وراء المعرفية بإلقاء الضوء على عـدم توافـق واختلال جميع تلك الاجترارات و التطفلات الفكرية (سواء المتعلقة بالذات أو بالحـدث الاجتماعي ذاته أو بالخطورة و اللاتحكمية لبعض التطفلات الفكرية) والتـشكيك فيهـا صحتها بطرح العديد من التساؤلات كالتالي:

"هل أنت من النوع الذي يتصرف دائما على أساس أفكاره؟"،"أين الدليل الذي يدفعك للقيام بتلك السلوكيات غير المجدية أو اللائقة؟"،"هل أنت من نوعية الأشـخاص الـذين ينزعجوا بسبب أفكار تتعلق بإلحاق الضرر بشخص ما أو بذاتك على الأخـص؟"،"هـل أنت من الذين يتصرفون بشكل مباشر على أساس أفكارهم و ما يتملكهم من معتقـدات ؟"(Wells,2009,110).

"يبدو انك تعتقد أن انزعاجك له العديد من المزايا و لكنه أيضاً ضار.كيف يمكـن أن يتحقق كلاً الأمرين!"؛ "هل صحيح أن الانزعاج أمر جيد و ضار بنفس القدر!"؛"لو كان الانزعاج ضار،كيف يساعدك على مسايرة المواقف الاجتماعية المخيفة؟"؛ "هل اعتقدت من قبل بان الانزعاج قد لا يكون مفيد أو ضار!"،"يبدو أنك فـي حيـرة مـن أمـرك بخصوص الانزعاج؛من جانب تعتقد انه شيء مفيد للقيام به و من جانب آخر تعتقد انه لا تحكمي و ضار".

" ما سهولة إيقاف انزعاجك طالما أنت في حيرة من أمرك!!!."، "يبدو انـك تمتلـك صورة قائمة حول ذاتك أمام الآخرين؛ هل تعتقد انك المسئول الوحيد عن وجودك فـي هذه الصورة!؛في اعتقادك هل تتسبب لك هذه الصورة في حدوث عواقب وخيمة أمـام الآخرين في المناسبات والمواقف الاجتماعية؛ما أكثر ما يمكـن أن يتـسبب فيـه تلـك الصورة عوضاً عن التقييم السلبي من قبل الآخرين؟"،"في اعتقادك هل تـؤثر الـصورة الذاتية الشكلية لديك على كفاءتك المعرفية ؟ قد تتسبب في حـصولك علـى تقـديرات منخفضة في الكلية على سبيل المثال؟".

ل) إستراتيجية التشكيك في الدليل مع استكشاف الدليل المضاد" Questioning "the Evidence Strategy

١- الوصف:-

تتلخص هذه الإستراتيجية في تشكيك المعالج على وجود دليل مؤيد لصحة لمصداقية المعتقدات ما وراء المعرفية التي يتبناها المتعالج و المرتبطة باضطرابات القلق. كما يتمكن المعالج عند تطبيق هذه الإستراتيجية من استهداف المعتقدات ما وراء المعرفي المتعلقة بكفاءة عمليات الانتباه و الذاكرة.في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي يتم اعزاء نشأة اضطراب الفوبيا الاجتماعية إلى الفشل في تفنيد و دحض جوانب و أبعاد المكون ما وراء المعرفي للمتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية في المواقف و السلوكيات الاجتماعية المهددة في حالة عدم تفنيدها.

عادة ما يعمل المعالج عن طريق أساليب إعادة العزو السببي اللفظية و الحوار السقراطي في طرح الدليل المناقض لصحة ما كان يعتقده من معتقدات و أفكار مغلوطة حيث يميل المعالج في هذه الخطوة للمعادلة بين كلا المعتقدين أو الفكرتين مع ترجيح الفكرة أو المعتقد الأصوب "الفكرة البديلة" بحيث تشغل الفكرة البديلة ما كان تستحوذ عليه الفكرة الأصلية من موارد انتباهية و إدراكية و بالتالي يتم المساعدة على إيقاف المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية(Wells,2009,110).

٣- كيفية التطبيق:-

بداية يعمل المعالج على التشكيك في صحة المعتقدات ما وراء المعرفية سواء السلبية أو الايجابية مع إيجاد دليل يناقض المعتقد الخاطئ.يمكن أن يتسبب التفكير و الانكباب على المعتقدات المغلوطة إلى تدعيم فكرة سلبية معينة بالتالي وقوع الحدث أو الفعل المكروه.يتبادر إلى الذهن التساؤل التالي"ما هذه الآلية التي بالإمكان أن تساعدك على عدم وقوع هذا الحدث الغير مرغوب؟".بالإمكان إدراك الاستجابة الضاغطة باعتبارها آلية بقاء للتعامل مع التهديدات.يقوم المعالج بعدها بمواجهة معتقدات المتعالج المختلة باستجواب الدليل المؤيد لهم مع مراجعة الدليل المضاد.يمكن أن يطرح المعالج الأسئلة التالية:-

"هل امتلكت أي دليل داعم لجدوى و فائدة الانزعاج؟"،"ما هي الآلية التي قد توجه الانزعاج ليكون ذا نفع و فائدة بالنسبة لك؟"، "هل حاولت من قبل مواجهة الانزعاج مع عدم قدرتك على ذلك؟ ما كانت عواقب هذا الأمر؟"،"ماذا يحدث لتركيزك الانتباهي

عندما تنزعج؟هل يتوافق هذا الأمر مع اعتبارك القلق أكثر نفعاً؟"،"ماذا تكون لحالتك المزاجية عندما تنخرط في تلك الأفكار؟ومن ثم ما مدى نفع الانزعاج؟"

"إذا كان الانزعاج فعال لتجنب المشكلات، أذن هذا يعني هذا أن الناس الذين ينزعجوا عادة ما يمتلكون حل أفضل للمشكلات التي تواجههم في حياتهم، هل هذا صحيح؟"، "كم مرة ساهم الانزعاج تجاه موقف اجتماعي مزعج و مخيف في تحسين حالة تعايشها؟"، "إذا عمل انزعاجك بالتالي على تضخيم الواقع"،" إلى أي مدي تعتقد أن الانزعاج قد يصبح نافعاً؟"، "هل يقودك الانزعاج نحو رؤية الموضوع أو المشكلة من جميع الزوايا متضمناً الجانب الايجابي؟"،"لو ثبت عدم صلاحية تلك المعتقدات إلى أي مدي قد يساعدك هذه المعتقدات في تجاوز الانزعاج؟(Wells,2009,112)".

يتم في هذه المرحلة تطبيق أساليب إعادة العزو السببي اللفظية لاستكشاف و إضعاف المعتقدات عن لا تحكمية الانزعاج فيستخدم أسلوب المناقشة لتعديل التأثيرات الخاصة بالانزعاج مع تزويد المتعالجين بدليل على أمكانية التحكم بالقلق مع استبداله ببدائل مناسبة عن طريق متطلبات المعالجة البديلة كأسلوب الحوار السقراطي.قد يسأل المعالج "ماذا يحدث لو انزعجت و رن جرس التليفون و قمت بالرد عليه؟ ماذا سيحدث لانزعاجك؟"،"لو كان الازعاج بالفعل لا تحكمي،كيف تمكنت من إيقافه!"(Wells, 2009, 105).

هناك أسلوب مشابهة لمواجهة معتقدات الخطورة ما وراء المعرفية يتمثل في استراتيجية استجواب **آلية الارتباط** فعادة ما تشتمل المحاولة الأولى لاستكشاف هذه المعتقدات على إضعاف المعتقدات السلبية بحيث يسعى المعالج لمواجهة هذه الإلية- على سبيل المثال- يطرح المعالج الأسئلة التالية:-

"ما هي الآلية التي تعتقد أنها السبب في إحداث هذا النتائج الخطيرة؟"،"إلى أي مدى تعتقد بأن الانزعاج ربما يؤذي جسمك /عقلك؟" حيث انه عادة ما يلجأ المعالج إلى أسلوب عرض تأثيرات الانزعاج على الجسم لمواجهة تلك المعتقدات (Wells,2009,112).

م) الخطة البديلة للانتباه والمعالجة"Alternative Plan for Processing& Attention"

١- الوصف:-

يتلخص هذا الأسلوب في إنشاء المعالج نطاق عريض من الخطط البديلة"البدائل" لعمليات الانتباه و معالجة المعلومات باستراتيجيات بديلة أكثر شيوعاً و انتشاراً.في هذا

الإطار من الهام ملاحظة أن هذا الجزء من البرنامج العلاجي يتم تنفيذه بعد التعديل الناجح للمكون ما وراء المعرفي اللاتوافقي .لا يفترض على المعالج اعتبار الخطط البديلة مصدراً من مصادر للتجنب في البرنامج العلاجي ؛فإلى جانب العديد من السلوكيات و التصرفات اللاتوافقية غير المرغوبة التي يسلكها الفرد وفق معايير الذاكرة المضطربة وظيفياً "Dysfunctional Memory" بغرض إظهار الجانب الآمن في الفرد–أمان زائف بالطبع – إلا أنه عادة ما يستخدم المرضى العديد من الاستراتيجيات الانتباهية كاليقظة الزائدة"Hyper-Vigilance" للتهديدات المحيطة في المحيط الاجتماعي المخيف والحذر البالغ أثناء التعامل مع الآخرين و كذلك نظرات الآخرين مع وعي ذاتي مرتفع"Heightened Cognitive Awareness" في ضوء عنصر مراقبة الأحداث.يقترح المنظور ما وراء المعرفي أنه من الضروري تعديل الأولويات الانتباهية في المواقف و التصرفات الاجتماعية المحفزة للتهديديات (Wells,2009,121).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تقترح النظرية العلاجية ما وراء المعرفية أنه من الضروري تعديل الأولويات الانتباهية في المواقف المهددة عن طريق مراجعة خطط المواجهة؛
- دعم تدفق المعلومات التشكيكية في عملية المعالجة القائمة" Enhance the Flow of Disconfirmtory Information"؛
- إعطاء المتعالجين في ظروف المعالجات الاجتماعية أحدى الخطط البديلة للانتباه و المعالجة التي يتم تكرار التدريب عليها و تطبيقها في عدد من المواقف الاجتماعية الشائعة على أن ترتكز على مجموعة من الاستراتيجيات التي بالإمكان استخدامها سواء في الجلسة العلاجية أو كتكليف المنزلي في مواقف الأداء الفعلية(Wells,2000,197).

٣- كيفية التطبيق:-

غالباً ما تشتمل الخطة البديلة للانتباه و المعالجة على تقييمات و سلوكيات واستراتيجيات انتباهية خاصة توافق الاستراتيجيات التي يتم تنفيذها بصورة طبيعية في المواقف الإشكالية –على سبيل المثال –المدرس الذي يلقي درس أو محاضرة أمام الطلاب في حصة التربية العملية يتأكد بصورة متكررة من أن زملائه لا يترقبونه أو يلاحظون زلاته كما يدقق النظر فيهم رغبة منه في معرفة درجة تقبلهم لما يعرضه ومدى ملاحظتهم لاضطرابه و توتره الزائد و الذي يبدو واضحاً في الجوانب الجسمية كاحمرار الوجه و زيادة خفقان القلب.يستوجب هذا على المعالج تدريب المعلمين

وتعليمهم أساليب و خطط بديلة–على سبيل المثال – قد يعتمد المعلم المضطرب اجتماعياً على الخطط والاستراتيجيات البديلة التالية:-

الخطط و الاستراتيجيات الأولية:-

١. تجنب النظر إلى نظرات الآخرين الذين عادة ما يراقبونني.
٢. أبدو قاسي و غير ودود حتى لا نبدو علامات الاضطراب عليّ.
٣. أتجنب إلقاء التحية على الآخرين حتى الفت الأنظار و التركيز الانتباهي لذاتي.
٤. لابد من استرجاعي وتذكري لمواقف الفشل السابقة بحيث تعينني على اجتياز المواقف العصيبة؛ بينما بإمكانه استبدال هذه الاستراتيجيات غير المجدية اللاتوافقية باستراتجيات بديلة أكثر جدوى في عوضاً عنها؛ كالاستراتيجيات التالية:

الخطط و الاستراتيجيات البديلة:-

١. أتفحص أعين الآخرين لكي تيقن من عدم توجهها نحوي.
٢. إذا لم أبدو قلقاً فلن يلاحظ أحد أي علامة قلق عليّ وسأكون أكثر ارتياحاً أثناء الشرح.
٣. من المفترض الإصغاء و الاستماع جيداً والالتقاء بصرياً مع الآخرين رغبة في التحدث على سبيل المثال "ألقاء التحية" و الترحيب بالآخرين".
٤. من المفترض التركيز فيما اعرضه و أقدمه للتلاميذ بغض النظر عن أراء الموجه و زملائي تجاهي أثناء قيامي بالتدريس في حصة التربية العملية.

ن) تجارب فقدان التحكم"Loss of Control Experiments":-

١- الوصف:-

تستهدف هذه التجارب تمكين المتعالجين من السيطرة و التحكم على انزعاجاتهم مهما زادت الحدة الانزعاجية وكذلك إدراك انزعاجهم باعتباره أقل خطورة سواء على صحتهم العقلية أو الجسمية؛ بالتالي يصعب فقدانهم لتحكمهم في ما يطرأ عليهم من تطفلات فكرية مهددة.يتم إجراء تلك التجارب في العادة في إطار البرامج العلاجي في سياقين:أ)أثناء فترة الانزعاج المؤجل"عادة في بداية البرنامج العلاجي بعد تنفيذ استراتيجيه تأجيل القلق"،و ب)أثناء سلسلة القلق الاجتماعي الحادث.يتمثل الغرض من تنفيذ هذه التجارب في السياق الأول في تزويد المتعالجين بدليل صريح على الطبيعة اللاتحكمية للانزعاج فمهما زادت محاولات المتعالج المتكررة للتخلص فيما يطرأ عليه من أفكار أو تطفلات فكرية غير مرغوبة؛ كما تعمل تجارب فقدان التحكم في السياق

الثاني على الإقرار و التأكيد بعدم وجود أي تأثيرات خطيرة للاجترار الفكـري سـواء على العقل أو الجسم(Wells.2009,109).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تزويد المتعالج بدليل قوى على إمكانية التحكم و السيطرة على القلق حتى عندما يحاول المتعالج إرادياً فقدان التحكم فيه؛
- التأكيد على عدم وجود تأثيرات خطيرة للانزعاج سواء على العقـل أو الجـسم مهما بلغت شدته؛
- تقليل خوف المتعالج المرتبط مع تنفيذ إجراءات الفرض المنزلي؛بالتالي تسهيل تحقيق الأهداف العلاجية(Wells,2009,109).

٣- كيفية التطبيق:-

عادة يتم تطبيق تجارب فقدان التحكم في المواقف الاجتماعية المهددة لتعزيز أسلوب تدريبي شامل يستهدف اختبار المعتقدات في مواقف حقيقية(Wells, 2009, 109).قـد يتسأل بعض المتعالجين عن عدم جدوى دفع القلق الجلسة العلاجية و عدم جدوى خبرة القلق باعتبارها مصطنعة و زائفة وغير مدعمة بدليل من القلق المعايش. يعتبـر هـذا الإجراء طبيعي حيث ان الموقف يتم تضمينه لتدعيم الحاجة لممارسـة هـذا الإجـراء كواجب منزلي بغرض اختبار المعتقدات في مواقف حية؛من المفترض على المعالج أن يعـي إمكانيـة مقاومـة التغيـر الحـادث الـذي يعتبـر علامـة علـى التجنـب، .(Wells,2009,101)

عادة يتم إجراء تجارب فقدان التحكم في الجلسة العلاجية بعد تنفيذ إستراتيجية تأجيل الانزعاج بحيث يقوم المعالج بتكليف المتعالج للتفكير في حادثة قلق اجتماعي حاليـة أو قريبة العهد بعدها يبدأ في الانزعاج بخصوصها قدر الإمكان لاختبار ما إذا كان ممكنـاً أن يفقد المتعالج التحكم أثناء قيامه بالانخراط في تلك الأفكار من عدمـه؛ بعـدها فـي المرحلة التالية يستمر المتعالج في الدفع بالانزعاج البالغ في أطار سياقين أثناء التعرض المزعج. عادة ما يتم تقديم تجارب فقدان التحكم في أثناء الجلسة العلاجية كالتالي:-

"عن طريق استخدام فنية تأجيل الانزعاج اكتشفت أن انزعاجك لا تحكمي؛ لكن ماذا سيحدث لو أن نوبة مقلقة طارئة هاجمتك؟ إلى أي مدى تعتقد أنك ستفقد سيطرتك علـى انزعاجك؟.من الهام أن تكون متأكداً بأنك بالفعل لا تستطيع فقدان تحكمك بالانزعاج وأن الأسلوب الوحيد لتحقيق هذا الأمر يتمثل في الدفع المتعمد بانزعاجك.هل بإمكانك التفكير

في انزعاج حالي أو سالف؟"؛"أريدك أن تتمركز حول هذا القلق مع انخراطك في عملية القلق–انزعج قدر أمكانك– مع محاولة فقدان التحكم في هذا النشاط .لو أنت مستعد حاول القيام بهذا الآن".

بعدها يقوم المعالج بإجراء تقييم فوري للمعتقد في سياق من اللاتحكمية بعد مـــرور أسبوع من تنفيذ التجربة كتكليف منزلي.يقترح المعالج بالتالي علـــى أهميـــة ممارســـة تجارب فقدان التحكم كواجب منزلي أثناء فترة القلق المؤجل و أيضاً أثناء فتـــرة القلـــق المعايش.يشعر بعض المتعالجين بثقة كافية للانخراط المباشر في دفع القلق أثناء سلسلة القلق و من ثم دفع القلق في فترة لاحقة يمكن حذفها.كما هو الحال مع جميع التجـــارب السلوكية يراقب المعالج تغير المعتقد عبر هذا الإجراء عن طريق تطبيق تقييمات ذاتيـــة لفظية للمعتقدات اللاتحكمية التي يحوزها(Wells,2009,110).

س) إستراتيجية تنمية التقبل والتسامح" Tolerance & Acceptance Development Strategy":-

١- الوصف:-

تعتبر إستراتيجية تنمية التقبل و التسامح –إستراتيجية شائعة في العلاج المعرفـــي – إستراتيجية جوهرية و أساسية تستخدم لتحسين التقبل للحالات الانفعالية البالغـــة غيـــر المرغوبة من معالجات الاجترار الفكري ســـواء قبـــل أو بعـــد المواقـــف الاجتماعيـــة المهددة.يعتبر التقييم السلبي للذات السبب الأساسي للعديد من تلك الانـــشغالات الذهنيـــة المتزايدة بالإضافة إلى التقييمات المصاحبة المتواترة عن التأثير السلبي لصورة الـــذات في تحقيق الفشل في المواقف الاجتماعية المخيفة حيث أنـــه عـــادة مـــا تكـــون تلـــك الاجترارات الفكرية متعلقة بتقييمات ذاتية مغلوطة(Wells,1997,261).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- زيادة التسامح و التقبل للانشغالات الذهنية الذائدة بحيث يمكن استخدامها كبديل عند الفشل في تحقيق هدف الكبح الفكري (و بخاصة في المعالجات الذهنية قبل و بعـــد الموقف أو التصرف الاجتماعي المخيف)؛
- زيادة تقبل صورة الذات السلبية باعتبارها صورة مغلوطة أو باعتبارها لكونها غير ملحوظة أو ظاهرة للآخرين(Wells,1997,262).

٣- **كيفية التطبيق:-**

يعمل المعالج على تطبيق هذه الإستراتيجية عند الفشل في تحقيق مفهوم التحكم الفكري لمحفزات التهديد الاجتماعي (سواء فيما يتعلق بالمعتقدات السلبية العامة أو السلبية المتعلقة الذاتية)حيث يعمل المعالج بداية على توجيه المتعالجين و تعريفهم بأن الانشغال الذهني الزائد يعتبر أمر بغيض و مكروه و الواجب على المعالج تحسين وتدعيم الانشغال الذهني الزائد بصورة أكبر من محاولة التخلص منه فمحاولات التخلص من تلك الانشغالات الفكرية عادة ما تبوء بالفشل كما انه عند الاستمرار في تلك المحاولات على الجانب الآخر قد يكون لها اثر عكسي في تدعيم تلك الأفكار عوضاً عن التخلص منها.

ع) استراتيجية إرجاء الانزعاج "Worry Postponement Strategy":-

١- **الوصف:-**

تعتبر إستراتيجية تأجيل الانزعاج مع تجارب فقدان التحكم من الأساليب المفضلة لتعديل المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتحكمية حيث يطلب من المتعالج على وجه الخصوص محاولة فقدن تحكمه و سيطرته على انزعاجة سواء في الجلسة العلاجية أو كتكليف منزلي(Wells,2009,108).يتم تطبيق إستراتيجية تأجيل الانزعاج لمواجهة المعتقدات ما وراء المعرفية عن لاتحكمية العمليات العقلية اللاتوافقية فبالإمكان تطبيق هذه المعالجات العقلية التكرارية للتقليل من المعتقدات ما وراء المعرفية على الرغم من أن المعتقدات في هذا البعد يجب استهدافها أيضاً طوال تنفيذ البرنامج العلاجي(Fisher & Wells, 2009,93).

٢- **الأهداف الإجرائية:-**

- وسيلة إضافية هامة لتحسين فاعلية فنيات تجزئة التيقظ الذهني؛
- مواجهة المعتقدات ما وراء المعرفية الأكثر سلبية و تطفلية والمتعلقة بعدم القدرة على التحكم في التفكير و كذلك المعتقدات المتعلقة بجدوى الانزعاج و يتاح تنفيذ مثل هذه الإستراتيجية على الأفكار الأكثر سلبية و المتعلقة بالذات(Wells,2009,108).

٣- **كيفية التطبيق:-**

عادة ما يقوم المعالج بتنفيذ تلك الفنية بعد تطبيق فنيات تجزئة التيقظ الذهني، فيتم تقديم فكرة تأجيل الانزعاج و التي ترتبط بشكل طبيعي بالأفكار و المعتقدات التطفلية كوسيلة لتحسين التيقظ الذهني و لكن أيضاً كوسيلة لمواجهة المعتقدات اللاتحكمية

والخطيرة للقلق.للقيام بهذا من الواجب أن يقوم المعالج بإظهار التباين الصريح بين استراتيجية كبح الفكر(هو بالطبع جانب غير مأمول)و إستراتيجية تأجيل الانزعاج.عادة ما يتم تقديم التوضيح الحالي :-

"بالنسبة للواجب المنزلي أريدك أن تطبق فنيات تجزئة التيقظ الذهني لكل فكرة محفزة؛و بعدها يتم إتباعها باستراتيجيه تأجيل الانزعاج و عندها قد تقول لنفسك هناك فكرة مقلقة لكنني لا أريد أن انكب عليها و أنشط انزعاجي الآن؛ سأنتظر للقيام به في وقت لاحق ".بعد مرور بعض الوقت يقوم المعالج بتوجيه المتعالجين ببعض الإرشادات منها:"سأضع عامل الوقت في اعتباري عندما انزعج بخصوص هذه الفكرة، "لا يفترض أن يزيد الوقت عن مدة عشر دقائق،و أن لا يسبق وقت النوم ".

ف) إستراتيجية سوء التوافق مع الانزعاج "Worry Mismatch Strategy":-

١- الوصف:-

تصمم استراتيجية سوء التوافق مع الانزعاج لتأييد فكرة عدم مطابقة محتوى الانزعاج مع طبيعة الواقع المعايش، لا تعتبر هذه الإستراتيجية بالتالي وسيلة لمواجهة القلق بشكل أساسي على الرغم من أنها قد تحوز مثل هذا التأثير و لكن بالإمكان اعتبارها وسيلة لمواجهة صلاحية المعتقدات عن فائدة و جدوى الانزعاج. يوجد هناك نمطان من هذه الإستراتيجية:-

أولهما، سوء التوافق الانعكاسي"Retrospective" وثانيهما، سوء التوافق اللاحق "Prospective". تشتمل كلتا الإستراتيجيتان على اكتساب المتعالجين وصفً خاص بمحتوى الخطوات التي يتم فيها معالجة الانزعاج بعدها يتم المقارنة بين هذه الخطوات بغرض وصف للأحداث كما يحدث فعلياً في الموقف الاجتماعي. يمكن تنفيذ هذه الإستراتيجية لحدث سابق (Retrospective Worry/Mismatch) أو لحدث لاحق(Prospective Worry /Mismatch) (Wells,2009,118).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تبرير عدم مطابقة محتوى الانزعاج المتخيل والانزعاج المتوقع مع طبيعة الواقع المعايش فعلياً؛

- تعتبر وسيلة جيدة لمواجهة المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بفائدة وجدوى الانزعاج كوسيلة لتجاوز المواقف الاجتماعية المخيفة(Wells,2009,119).

٣- **كيفية التطبيق:-**

في النمط الانعكاسي من هذه الإستراتيجية يقوم المعالج ابتداء بتعيين حدث اجتماعي مهدد قريب كان قد تعرض له المتعالج و تسبب له في انزعاج بالغ بحيث يعمل المعالج على إظهار وصف مفصل لمحتوى الإجراءات المتضمنة في سلسلة الانزعاج مع كتابة عمود في جدول من عمودين:أحدهما معنون"القلق"يتم فيه وصف ما الذي يقوم فيه المعالج بالاستفسار عن محتوى الانزعاج وبعد ها يطرح تساؤل "ما الذي تعتقده أو تنزعج بشأنه؟" مع تكرار المعالج في طرح سؤال "ماذا لو حدث . . . ؟" في كل خطوة حتى يتوقف توليد أي أفكار أو معلومات جديدة.بينما في العمود الثاني و المعنون"الواقع الحادث" يتم فيه كتابة وصف عن التسلسل الواقعي للأحداث في الموقف أو الفكرة المزعجة حيث يقوم المعالج بتكرار طرح الأسئلة من نوع "ماذا حدث فعلياً في الموقف المهدد/المخيف؟"بعدها يوجه المعالج المتعالج نحو تقييم مستوى التوافق بين النصين في كلاً العمودين مع التأكيد على التباين بينهما(Wells, 2009,119).

بينما يستخدم المعالج النمط اللاحق من الإستراتيجية عندما ينوي المتعالج الانخراط في نشاط عقلي مستقبلي مزعج حيث يعتقد المتعالج انه من المفيد الانخراط في مثل هذه المهددات فيعمل المعالج على كتابه المحتوى المزعج في الجلسة العلاجية و بعد ذلك كواجب المنزلي مع تكليف المتعالج بالدخول و الانخراط في المواقف المزعج أو المتجنبة مع التسجيل الكتابي للواقع كما حدث.في الجلسة العلاجية التالية يسترجع فيه المعالج و المتعالج النص المزعج تفصيلياً اعتماداً على ملاحظات المتعالج للمقارنة مع نص القلق الذي كتبه المعالج(Wells,2009119).

ص) أسلوب عرض تأثيرات الانزعاج على الجسم"Worry Effects on Body":

١- **الوصف:-**

يتعلق هذا الأسلوب بالأفكار المغلوطة التي يعتقدها المتعالجين المتمثلة في امتلاك الانزعاج و القلق الحاد تأثيرات مدمرة على الجسم حيث يقوم المعالج ابتداءً بعرض هذه التأثيرات المدمرة للانزعاج على الجسم و العقل ثم يقوم بإضعاف هذه المعتقدات والأفكار بمراجعة الدليل المضاد.يقوم المعالج بعد ذلك بإجراء تجربة سلوكية لتقييم تأثيرات الانزعاج على الأعراض الجسمية(Wells,2009,117).أحياناً ما يتشكك المتعالج في وجود دليل ما مؤيد للقدرة المدمرة المباشرة للقلق و الانزعاج النفسي سواء على الجسم أو العقل.تبدو العلاقة في هذا الأسلوب غير واضحة بين تقديرات التحكم

الانفعالية لجوانب الشخصية حيث يمكن اعتبار الاستجابة المقلقة جزء من استجابة أعمق باعتبارها آلية بقاء للتعامل مع التهديد الاجتماعي المتوقع أو اللاحق للموقف الاجتماعي المخيف.

٢- الأهداف الإجرائية:-

- إظهار التباين الواضح بين كل من مفهوم الانزعاج و الضغط العصبي باعتبارهما كيانان متباينان؛
- الموازنة بين مفهوم الانزعاج و مفهوم الضغط العصبي بسبب اعتقاد المتعالج أن الانزعاج ضار فضلاً عن اعتقاد المتعالج بأن الضغط العصبي ضار و خطير؛
- بالإمكان اعتبار القلق بمثابة إستراتيجية مواجهة كاستجابة للضغط العصبي والمخرجات السلبية بالتالي فلا تعتبر مكافئة و لكنها استجابة للضغط العصبي الواضح(Wells,2009,117).

٣- كيفية التطبيق:-

عندما يعتقد المتعالجين أن الانزعاج و الضغط العصبي يمتلك تأثيرات مدمرة على الجسم يعمل على إضعاف هذه المعتقدات بمراجعة الدليل المضاد أولاً ثم القيام بتجربة سلوكية لإعادة تقييم التأثيرات المزعجة على انفعالات و وظائف الجسم.على سبيل المثال عملت إحدى المتعالجات من اضطراب القلق العام (Wells,2009,117)على التفكير بأن القلق يؤدي إلى تأثيرات ضارة على الجسم حيث عمل المعالج على إضعاف هذا المعتقد بالقيام بتدريبات جسدية بغرض زيادة ضربات القلب مع قيام المعالج بقياس معدل ضربات القلب للمتعالجة تحت ثلاثة ظروف:ممارسة تدريبات خفيفة، أو الراحة مع امتلاكه لأفكار محايدة ؛ أو الراحة مع امتلاكه أفكار مزعجة.أظهرت النتائج أن التدريب يؤدي إلى زيادة معدل النبضات لكن وجد تباين ضعيف في المعدل بين حالتي امتلاك أفكار محايدة أو ايجابية .بإمكان المعالج الاستفادة من هذه التجربة باستخدامها كدليل مضاد لفكرة التأثيرات المدمرة للانزعاج و الضغط العصبي على الجسم.

يقوم المعالج بعد ذلك بتحسين التجربة بتكليف المتعالج بتوقع معدل ضربات قلبها عند الانزعاج أولاً وثانياً و هي تمارس بعض التمرينات الرياضية مع عدم الانزعاج.في هذه الحالة يفترض المتعالج أن معدل ضربات قلبه ستكون أعلى من المعدل الطبيعي بحوالي(٢٠) ضربة في الدقيقة عن الانزعاج بمفرده. بعدها يقوم المعالج بتكليف المتعالج بالقيام بصعود عشرة درجات من السلم أثناء انزعاجه و عشر درجات أخرى

أثناء عدم الانزعاج مع مقارنة معدل ضربات القلب في كلتا الحالتين من ثم اكتشفت المتعالج تباين ضعيف بين كلتا المرتين.

يمكن للمعالج تطبيق هذا الأسلوب كالتالي:"كيف تعرف أن الانزعاج الذي تعانيه ضار عليك؟"،"إلى أي وقت قد استمررت في الانزعاج؟"،"هل تسبب الانزعاج ذات مرة ضرر عليك؟"،"كم عدد الأشخاص في الشارع الذين قد توقعوا انزعاجك،و كم عدد الذين أصبحوا مرضى عقليين أو جسميين نتيجة لهذا الأمر؟"، "هل توقعت بان الانزعاج يضرك عندما تقف أمام القاضي لتدلي بشهادتك ؟".

قد يؤدي أسلوب عرض تأثيرات الانزعاج على الجسم إلى نتائج و عواقب العكسية فربما يمتلك المتعالج بعض القضايا الصحية التي قد يعزيها المتعالج بشكل خاطئ إلى الانزعاج.من الضروري أظهار الارتباط بين القلق و الجوانب الصحية لكن هذا لا يعني مسئولية القلق و الانزعاج عن تلك المشكلات الصحية و الجسمية – على سبيل المثال– قد ينزعج المتعالج بسبب مرضه و الإعراض الصحية بشكل يؤدي ضعف الصحة إلى القلق لكن هذا لا يعني إن القلق سبب لضعف الصحة(Wells,2009,117).

ق) فنية الجدل و الحوار السقراطي"Socratic Dialogue Technique"

١– الوصف:–

تعتبر فنية الحوار السقراطي في العلاج ما وراء المعرفي من انسب الاستراتيجيات المستخدمة لاستكشاف المعاني و العمليات و المعتقدات الكامنة خلف الاضطراب النفسي لكن يتباين تركيز الحوار في العلاج ما وراء المعرفي عن مثيله في العلاج المعرفي السلوكي.ففي العلاج المعرفي السلوكي التقليدي يستخدم المعالج أسلوب الاستفسار لاستكشاف محتوى الأفكار و المعتقدات التي توجه البرنامج العلاجي نحو تعديل المعتقدات المختلة بينما في العلاج ما وراء المعرفي يستخدم المعالج هذا الأسلوب لفحص و التعرف على المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية مع محاولة إيقافها.يستهدف الحوار السقراطي كشف و تعديل المعتقدات والأفكار و المشاعر(المكون ما وراء المعرفي)عوضاً عن الأفكار المتعلقة بالذات و العالم المحيط عندما تكون المعتقدات و الافتراضات هي محور التركيز في الحوار(Wells,2009,41).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- استكشاف عناصر الانزعاج و الاجترار الفكري و مراقبة التهديد الانتباهي وسلوكيات المسايرة المختلة(كالتجنب و الكبح الفكري) وغيرها من جوانب المتلازمة المعرفية الانتباهية؛
- فحص و استكشاف عواقب عنصر مراقبة التهديد على التقديرات الذاتية؛
- فحص و تحقيق و مواجهة المعتقدات الايجابية ما وراء المعرفية عن القلق المتعلقة بعنصر مراقبة التهديد الانتباهي وأخيراً المعتقدات السلبية بأبعادها المتباينة؛
- استكشاف العمليات الداعمة للتوفيق الاجتماعي(Wells,2009,40).

٣- كيفية التطبيق:-

في ضوء فنية الجدل و الجوار السقراطي تتعدد الأهداف الإجرائية التي يمكن للمعالج الاعتماد عليها لمعالجة اضطراب الفوبيا الاجتماعية حيث قد يستخدم المعالج هذه الأسلوب كوسيلة لتوضيح مساهمة المكون ما وراء المعرفي في لاضطراب الانفعالي حيث يطرح المعالج عدد من الأسئلة لاستكشاف جوانب المتلازمة اللاتوافقية في اضطراب الفوبيا الاجتماعية كالتالي:-

أ-استكشاف عنصر الانزعاج و الاجترار الفكري:-

"عندما تتملكك فكرة (اعتقد أنني فاشل كمعلم) ما قد تدفعك إليك مثل هذه الفكرة؟"،"ما المدة التي بالإمكان أن تستمر فيها بالتفكير بنفس تلك الفكرة؟"،"تؤدي بك هذه الفكرة إلى أن توقع حدوث الانزعاج يحدث مستقبلاً و مدى قدرتك على مسايرة هذه الفكرة؟"،"هل بإمكانك إخراج هذه الفكرة من رأسك طالما انزعجت و عانيت منها فترة طويلة؟"(Wells,2009,43).

ب-استكشاف عنصر مراقبة التهديد الانتباهي:-

"يمكنني توضيح دور المعتقدات المتعلقة بالانزعاج بطرح سؤال رئيسي"لو اعتقدت أن الانزعاج شيء يمكنك القيام به؟ما حجم المشكلة لديك عندما ينشأ القلق لديك؟"،"لو اكتشفت فجأة انه ليس بإمكانك التحكم بالقلق؟ما حجم المشكلة عندما يستمر القلق؟"،"لو اكتشفت أن الانزعاج لا يمكنه إضرار عقلك و جسمك؟ هل سيكون الانزعاج أكثر ضيقاً و ازعاجاً؟" (Wells,2009,43).

ج- استكشاف استراتيجيات المسايرة(كالتجنب و الكبح الفكري):-

"عندما تمتلك فكرة – على سبيل المثال -"تبدو كالأحمق أمام الآخرين ما الذي تقوم به تجاه تلك الفكرة؟ أقوم بالابتعاد عن أماكن التجمعات واللقاءات التي يلاحظون فيها تصرفك الأحمق مع الآخرين ؛ قد تستشير زميل مقرب لك بغرض التأكيد على مصداقية هذه الفكرة"،"هل ساعدك سؤال صديقك في التأكيد على عدم مصداقية هذه الفكرة و تجاوز المشكلة التي قد تعايشها عند تواجدك مع الآخرين؟ربما لا فلازلت تمتلك الأعراض"،"بالتالي ماذا حدث لانزعاجك عندما حاولت التصرف بهذا الأمر؛ هل توقف؟ اعتقد لا"،"بالتالي قد تحتاج لاكتشاف أساليب بديلة للاستجابة للفكرة المغلوطة بداخلك كالاستفسار من الزميل أو تأجيل قلاقلك أو تأكيد هذا الأمر عن طريق نظرات الناس إليك؟"(Wells,2009,44).

كما يستخدم المعالج هذا الأسلوب لفحص و اكتشاف المعتقدات ما وراء المعرفية فعادة ما يظهر المتعالجين نمط استجابة مختل نتيجة لتأثير تلك المعتقدات على عمليات المعالجة التي هي خاصية هامة للعلاج ما وراء المعرفي،فعلي سبيل المثال قد يستخدم المعالج هذا الأسلوب لاستكشاف المعتقدات ما وراء المعرفية عن مزايا و عيوب الاجترار الفكري بالتحكم في الأفكار المزعجة وعواقبها غير المرغوبة.

.د- استكشاف معتقدات القلق الايجابي:-

"حددنا سلفاً أن جميع انزعاجك كان يتعلق بموضوع الفشل في مواقف الأداء الاجتماعي السابقة و المستقبلية من ثم هل تعتقد وجود أي مزايا للقلق؟"، "هل يساعدك الانزعاج بشكل أو بآخر؟"، "هل تعتقد أن الانزعاج و التوتر قد يجعلك أكثر استعداداً؟"، " إلى أي مدى تعتقد بجدوى انزعاجك؛ أريدك أن تحدد لي الدرجة على مقياس (من صفر- ١٠٠)؟"، "بالتالي تعتقد أنه لا يوجد بديل ثالث إما الانزعاج أو لا شي في عقلك؟"(Wells,2009,44).

ه-استكشاف المعتقدات الايجابية عن مراقبة التهديد الانتباهي مع مواجهة المحفز الأولي:

"تقول انك جعلت من نفسك شخص أحمق؛ كيف عرفت هذا الأمر؟"،"هل تتفحص نظرات في العادة الآخرين و ما إذا كانت موجهة نحوك أم لا أم انه مجرد شعور غير حقيقي؟"،"أذن ما الشعور الذي طبقته لو جعلت من نفسك شخص أحمق؟"،"بالتالي فإن الشعور الذي دفعك لهذا الأمر هو الشعور بالسماجة و الجمود و عدم اللياقة أمام الآخرين بالتالي فان تقييمك السلبي يرتكز على مدى قدرتك على الشعور بالرتابة وعدم

اللياقة"،"هل تعتقد أن هناك أية مزايا لتركيز انتباهك ؟ أنها تمنعني من فقدان السيطرة على نفسي"،"إلى أي مدى تعتقد بقدرتك تركيزك على مشاعرك سوف يمنعك من فقدانك السيطرة على نفسك؟"(Wells,2009,45).

و-استكشاف المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية:-

"يبدو انك تهدر كثيراً من الوقت في تحليلك المتعلق بحدوث خطأ ما ؛كما انك تنزعج من احتمالية تكرار هذا الخطأ في المستقبل !"،" يبدو أن ما تقوم به هو التفكير البالغ والتحليل لتلك الأخطاء أو ما يعرف بالاجترار الفكري ؛هل بإمكانك التوقف عن هذا التحليل لو جعلك تشعر بالسوء؟"،"إلى أي مدى تعتقد أن اجترارك الفكري يعتبر لا تحكمي؛اعتقد انك ستؤكد هذا الأمر مئة بالمائة؟"،"في اعتقادك ما أسوأ ما يمكن حدوثه لو استمررت في الانزعاج بهذا الأسلوب؟ أعتقد أن الأمر بسيط "(Wells,2009,45).

ز-تقصي عواقب مراقبة التهديد الانتباهي:-

"إلى أي مدى تعتقد بحدوث عواقب و نتائج سلبية عندما تنتبه بشكل مستمر للطريقة التي يعمل بها عقلك تجاه المواقف و الأحدث الاجتماعية المحيطة؟"، "عندما تركز اهتمامك على عقلك؛ هل تعتقد أنه يعمل كما تخطط أو تتوقع له؟لا،اعتقد انه لا يعمل كما اخطط له"،"هل بإمكان التركيز عندما يتداخل هذا الأسلوب الذي يعمل به عقلك؟ نعم اعتقد انه يتداخل"،"بالتالي فإنك تعي معي الآن أن استراتيجيات المسايرة التي تقوم بها تجاه المواقف و التصرفات الاجتماعية المهددة – كالكبح الفكري– تساهم في زيادة انزعاجك.يبدو هذا الأمر بمثابة دائرة شرسة مغلقة".

يعتقد المتعالج في هذه الحالة بأن الانزعاج جانب غير طبيعي و ما هو إلا دليل على المعاناة من مرض عقلي نتيجة لعدم السيطرة على التفكير بحيث يصاب الفرد بالاكتئاب(Wells,2009,45).يستخدم المعالج ما وراء للمعرفي أسلوب الحوار السقراطي للتواصل مع الهيئة ما وراء المعرفية بحيث يتم إدخال المتعالج في البرنامج العلاجي"عملية التوفيق الاجتماعي".بالإمكان انجاز هذه العملية باكتشاف العمليات المدعمة كما تم صياغتها في النموذج ما وراء المعرفي للفوبيا الاجتماعية.يعمل المعالج على الأخص على إظهار أثر الانزعاج و الاجترار الفكري على الحالة المزاجية ،وإظهار عدم فاعلية استراتيجيات المسايرة اللاتوافقية ككبح الفكر و التجنب ، وأيضاً عواقب عنصر مراقبة التهديد على التقديرات الذاتية السلبية.

ر) فنيات المحاضرة والمناقشة"Lecturing & Debating Techniques"

١- الوصف:-

يتمثل الهدف الإجرائي لإستراتيجية المحاضرة في تقديم معلومات لأعضاء المجموعة العلاجية عن طبيعة الاستراتيجيات و الفنيات المتضمنة في العلاج ما وراء المعرفي وكذلك أنماط المكونات والمعتقدات ما وراء المعرفية وأثرها في الاختلال الانفعالي مع إلقاء الضوء على طبيعة الاضطراب التي تعانيه المجموعة العلاجية لزيادة استبصارهم بالمشكلة التي يعانونها بطريقة موضوعية لتشجيعهم و اقتناعهم بما يلقى عليهم من معلومات ذات الصلة باضطرابهم الانفعالي بما يهيئ لهم موقفاً علاجياً ينبع من شعورهم بأن أحد أسباب مشكلاتهم تعزو إلى للمعلومات المتعلقة بتلك المفاهيم مع تركيز المحاضرة على خلق أهداف جديدة تتمثل في الرغبة في حل المشكلة التي يعانونها.

كما يستخدم المعالج أسلوب المناقشة لمعرفة ما يدور في ذهن المتعالج من أفكار ومعتقدات ما وراء المعرفية غير منطقية تتعلق بالمواقف المخيفة مع تعزيز التواصل والمشاركة التفاعلية مع أفراد المجموعة العلاجية بطرح الأسئلة و الاستفسار عن أهداف و إجراءات تنفيذ كل فنية أو إستراتيجية علاجية في سياق البرنامج العلاجي و تأثيره في المحتوى ما وراء المعرفي المستهدف.تساهم تلك الفنية في تحقيق هدف الاتصال الفعال مع أفراد المجموعة العلاجية مع تشجيع و تحفيز العاملين للمشاركة في جميع الأنشطة والفعاليات لتحقيق أكبر عائد من البرنامج العلاجي.

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تعزيز التواصل بين المتدربين بتشجيعهم على الحوار والمناقشة؛
- التحليل المنطقي للأفكار غير العقلانية ومساهمتها فيما يعانيه المتعالجين من مشكلات؛
- تفنيد الاستنتاجات غير الواقعية و دحضها بالإقناع؛
- تشجيع المتعالجين على تكوين أفكار منطقية بالانخراط والمشاركة في خطوات وممارسات البرنامج العلاجي.

٣- كيفية التطبيق:-

يتمثل المضمون التطبيقي لإستراتيجية المناقشة في تطبيقها باعتبارها منهج يخدم الحوار وتبادل الرأي المستمر وتغير المعرفة بشكل دينامى لاستثارة عنصر المراقبة الذاتية للمتعالجين نحو أفكارهم واتجاهاتهم و تصرفاتهم الغير مرغوبة أو مقبولة بحيث تعبر بشكل غير مباشر عن مشكلاتهم الخاصة.لهذا الأمر تصبح المادة العلمية المتعلقة

بنماذج و جوانب العمليات المعرفية الحادثة لاضطراب الفوبيا الاجتماعية هي الموضوعات المفسرة لطبيعة الفوبيا الاجتماعية و جوانب التدخل العلاجي.

بإمكان المعالج التمهيد للعديد من هذه الموضوعات -على سبيل المثال- قد يقدم المعالج :"بإمكاني توضيح دور المعتقدات الخاصة بالقلق عن طريق طرح السؤال التالي " لو اعتقدت أن القلق هو الشيء الوحيد الذي بإمكانك القيام به،إلى أي مدى يمكنك الانزعاج بخصوص القلق؟؛لو اكتشفت فجأة أن بإمكانك التحكم بالقلق إلى أي مدى يمكن أن تظل المشكلة؟ ؛لو اكتشفت أن الانزعاج بإمكانه الإضرار بجسمك و عقلك هل سيكون الانزعاج أكثر إزعاجاً ؟ "(Wells,2009,103).

يمكن للمعالج عن طريق فنيات المحاضرة و المناقشة مساعدة المتعالجين على اكتشاف عدم فعالية سلوكيات التنظيم الذاتي لديهم في التخلص من الانزعاج – على سبيل المثال – قد يدفع هذه الإستراتيجية الاستكشافية المعالج لطرح أسئلة هامة تقودنا نحو الممارسة العلاجية الأولى عند تنفيذ فنيات تجزئة التيقظ الذهني و تجارب تأجيل الانزعاج.يمكن للمعالج طرح أسئلة من نوع:"ما مدى فعالية سلوكياتك التي قمت بها للتخلص من الانزعاج التي تسببه على المدى البعيد؟"،"كيف ساعدتك هذه السلوكيات في اكتشاف قدرتك على التحكم في انزعاجك؟ بالتأكيد تعني عدم قدرتك على التحكم بالانزعاج و لكن تطبيق استراتيجيات خاطئة للتحكم فيها؟"،"هل أفكارك المرتكزة على هذا المحفز الانزعاجي هي نفس الأفكار المتعلقة بالانزعاج السابق لها؟"(Wells,2009,104).

٢- الأساليب السلوكية و التعرضية:-

لا يفترض على المعالج أن يزعم أن الاستراتيجيات اللفظية وحدها كافية لإحداث التغيرات و التعديلات المطلوبة و المستديمة في المكون ما وراء المعرفي المختلة للمتعالج ضمن البرنامج العلاجي؛لكن يفترض أن يشتمل البرنامج العلاجي على تجارب سلوكية وتعرضيه لاعتراض و إيقاف أو على الأقل تحجيم المتلازمة الانتباهية والإدراكية اللاتوافقية المختلة المسئولة عن الاضطراب النفسي.يزودنا الدليل النظري بوجود ثلاث نماذج من التجارب السلوكية تستخدم بشكل شائع في العلاج ما وراء المعرفي يمكن تعيينها في النقاط الآتية:

أ) استراتيجيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه "Situational Attention Refocusing Strategies(SAR)":

١- الوصف:-

هي إستراتيجية علاجية مصممة بغرض عكس الاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية الحالية التي يتبناها الفرد في سياق ملي بالضغوط حيث تمنع الاستراتيجيات اللاتكيفية الفرد من تعديل معرفته و ادراكاته؛ فعلى سبيل المثال يشتمل اضطراب الفوبيا الاجتماعية على عناصر التركيز الانتباهي الذاتي البالغ و التركيز على علامات وأعراض عدم الرضا و القبول من الآخرين حيث يقوم المتعالجون بتوزيع انتباههم بصورة مشوهة تتعلق بمدى و كيفية ظهورهم أمام الآخرين التي تبدو واضحة في الصورة الذاتية من عين المراقب بحيث يرى الشخص نفسه مشتعلاً خجلاً (Wells,2009,68)،(Wells,2000,147).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تفعيل الانتباه الواعي للحالة ما وراء المعرفية بغرض تقليل التركيز الذاتي البالغ مع السماح للمعلومات التصويبية بإدماجها في نظم المعالجة الواعية؛
- تعديل الاستراتيجيات الانتباهية الظرفية المساهمة في تضخيم الادراكات المهددة؛
- تحرير الفرد من الاستراتيجيات و السلوكيات اللاتوافقية الداعمة للتقديرات والمعتقدات المغلوطة المكونة للمتلازمة المختلة (Wells,2000,147,148).

٣- كيفية التطبيق:-

في اضطراب الفوبيا الاجتماعية يكلف المعالج المتعالجين لتحويل انتباههم خارجياً عوضاً عن البقاء مرتكزي الانتباه على ذواتهم.عادة ما يعبر المتعالجين من ذوى الفوبيا الاجتماعية -على سبيل المثال-عن اهتمامهم بأن الناس يحملقون فيهم.بالتالي عندما يدخل المضطربون اجتماعياً في أماكن عامة كمقهى أو مطعم يعتقد أن الجميع يلتفتون للنظر إليهم حتى أن المتعالج عادة ما يتجنب الاتصال البصري بالأقران و الزملاء عند هذه اللحظة يتسأل المعالج عن مدى مصداقية هذه الفكرة بغرض التقليل من مصداقية المعتقد.في المقابل يكرس و يخصص المتعالج جل انتباهه على الصورة السلبية في عقله عند تنفيذ التجربة.

• **أساليب إعادة العزو السلوكي(أساليب التعرض مع منع الاستجابة)" Behavioral Reattribution Techniques":**

١- الوصف:-

يتم تطبيق تجارب إعادة العزو السلوكي بغرض إعادة التصور المفاهيمي لهدف التعرض مع منع الاستجابة.ففي في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذاتي لاضطراب الفوبيا الاجتماعية- على سبيل المثال- تمتلك المعالجات الاجترارية تأثير مباشر على استمرار و دوام المشكلة(Wells,1997,256).يتم في هذه التجارب تحجيم الانشغالات الذهنية المتمثلة في سلوكيات و تصرفات لاتوافقية تمنع التعرض للمعلومات التصويبية مع تقليل زمن الاجترارات الذهنية بحيث يستحوذ الفرد على الموارد الانتباهية الكافية اللازمة للعمليات ما وراء المعرفية التنفيذية بمعنى امتلاك الأفراد القدرة على الاحتفاظ بالوعي الموضوعي المستقل للمعتقدات المضطربة وظيفياً سواء المتعلقة بالذات أو السلبية العامة"التشأوم و المسئولية عن الناتج السلبي".

٢- الأهداف الإجرائية:-

- إعادة التصور المفاهيمي لهدف التعرض مع منع الاستجابة "Exposure–Response Prevention "لمواجهة المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية المختلة؛
- التعرض للسلوكيات ولمواقف الاجتماعية التي تقوم المعتقدات المختلة وخاصة معتقدات القلق الايجابي بإطالة الحالات الزمنية للانشغال الفكري مع انشغال التفكير؛
- الاستحواذ على الموارد الانتباهية اللازمة للعمليات و المعالجات الإجرائية اللازمة لتصويب تلك المعتقدات(Wells,1997,257-259).

٣- كيفية التطبيق:-

يمكن استخدام أشكال متباينة من تجارب التعرض مع منع الاستجابة لمواجهة مصداقية التقييمات والتنبؤات السلبية الشائعة عن معتقدات المتعالج المختلة. بإمكان المتعالج- على سبيل المثال يزيد من توارد الاجترارات الفكرية غير المرغوبة مع تطويل مدتها كمحاولة للتصرف بأساليب خطرة ليس لها خطورة فعلية في الواقع أو أي تأثير خطير- كالتقييم السلبي المتوقع من قبل الآخرين.يعمل التعرض للمواقف الاجتماعية الأدائية والتفاعلية كوسيلة لمواجهة المعتقدات الكارثية المرتبطة بهذه المتغيرات مع منع الاستجابة باستبعاد سلوكيات الأمان بالتالي تكون بمثابة مناورة

لتسهيل العزو نتيجة لعدم صحة المعتقد الأصلي.يجب في هذه الحالة إجراء فحص تفصيلي لجميع الاستراتيجيات والسلوكيات اللاتوافقية الظاهرة والمستترة.

- **بروتوكول بيتس(PETS Protocol) للتعرض ما وراء المعرفي:-**

١- الوصف:-

يعتمد أسلوب التعرض ما وراء المعرفي على بروتوكول يسمى بيتس(PETS) حيث يتم تنفيذ البروتوكول في صورة تجربة مختصرة بمنطقية تستهدف اختبار و تعديل المعتقدات و الاستراتيجيات ما وراء المعرفية.يتم تطبيق تلك الأساليب التعرضية في صورة تجارب سلوكية تستهدف تعزيز التغيرات الحادثة في المكون ما وراء المعرفي باعتبارها جزء من الجلسات العلاجية ما وراء المعرفية.يتم في هذه التجارب تكليف المتعالج بجعل الحدث المخيف يقع عن طريق الانزعاج أقصى ما يمكن أثناء المدة المخصصة للانزعاج.في حالة خوف المتعالج من فقدان التحكم في سلوكه ،كما يتم تدعيمه بتكليف المتعالج للدفع بمخاوفه بنفس الأسلوب الذي يلاقي سياق في العالم الواقعي.يتم تنفيذ هذه التجارب في محورين جوهريين يستهدفان:١)تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة؛٢)القيام بتعديل السلوكيات والاستراتيجيات اللاتوافقية كاستجابة لتلك المعتقدات.يعمل المعالج في ضوء هذا البروتوكول على إيقاف و تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية بمعنى عدم اعتماد التعرض ما وراء المعرفي على التعرض المكتسب كما هو الحال في أسلوب التعرض مع منع الاستجابة أو التعرض المباشر أو التخيلي للصور و الذكريات الصادمة(Wells,2007,23).

٢- الأهداف الإجرائية:-

- تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية على الأخص معتقدات الوعي الذاتي السلبي؛
- تسهيل المعالجة التكيفية في حالة حدوث صدمة ما "trauma"؛
- دعم و تقوية تحول الانتباه للتركيز على المحيط الخارجي عوضاً عن توجيهه داخلياً؛
- تطوير استراتيجيات جديدة لمعالجة البيئة الاجتماعية الخارجية .(Wells,2007,23,24)

٣- كيفية التطبيق:-

تقوم التجارب ما وراء المعرفية بشكل عام من استجواب دلالات وعلامات الانزعاج/فشل الأداء في البيئة الخارجية مع اختيار التوقعات المتعلقة بهذا الموقف.تتمثل الخاصية الجوهرية لتلك التجارب في استهداف المعالج لتقديم المتعالج إلى التفاعلات

الاجتماعية أثناء التحكم في إجراء العمليات المعرفيـة بطريقـة تـسهل مـن التغيـر الادراكي.عادة ما يتم إجراء التجارب السلوكية باستخدام بروتوكول (PETS)هو عبارة عن إستراتيجية للتعرض تبدأ بالتجهيز أو الإعداد"Prepare" ثـم التعـرض للتجربـة السلوكية"Expose"وبعدها يبدأ اختبار التحقق من مـصداقية المعتقـد المكتـسب مـن عدمه"Test" و أخيراً تنتهي التجارب السلوكية بالتلخيص"Summarize" لما حدث فـي التجربة.من الأفضل تجهيز تجربتين سلوكيتين على الأقل في كل جلسة علاجية بالإضافة إلى أن البرنامج العلاجي المختصر يتكون من قليل أو عدم اعتراض لفظـي للأفكـار السلبية،بالتالي يستهدف هذا البروتوكول المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية المختلة على الأخص المتعلقة بالذات كعنصر اجتماعي.يقوم المعالج بتنفيذ كل مرحلة تعرضية اعتماداً على مؤشر انخفاض التقديرات السلبية كالآتي:

أول مرحلة من تجربة التعرض هي "الإعداد"،و تتكون هذه المرحلة من التركيز على المعتقد ما وراء المعرفي المستهدف المطلوب مواجهته باكتشاف الدليل الداعم للمعتقـد وسلوكيات المواجهة التي تمنع التأكيدية له. في هذه المرحلة يتم إجراء تقيـيم للمعتقـد ولسلوكيات المواجهة التي تمنع تعديل تلك السلوكيات.بفعل هذا الإجراء يمكن أن يـزود المعالج بهدف واضح للتجربة التعرضية كوسيلة لتقييم الفكرة/ المعتقـد المغلـوط.أمـا المرحلة الثانية و هي "التعرض"و فيها يعمل المعالج على استعراض حدث داخلي أمـام المعالج بحيث يثير هذا الحدث الداخلي المعتقد ما وراء المعرفي- كأن تشتمل التجربـة التعرضية على إحساسات و أفكار جسدية كما فـي الوسـواس القهـري أو عبـارات تصريحية تؤدي إلى الفكرة المحفزة للانزعاج كما في اضطراب القلـق المعمـم.أمـا المرحلة الثالثة و هي "الاختبار"وفيها يتم إجراء تعديل السلوك الذي يحل محـل اختبـار مبهم للتوقع السلبي.المرحلة الرابعة والأخيرة هي "التلخيص"، و تتضمن تلخيص نتيجـة الاختبار بالترابط مع التوقع الأصلي فيتم إعادة تقييم المعتقد علـى أن يـسمح بتكريـر وتحسين التجربة للسماح بمستوى منخفض من التفكير (Wells, 2009, 250).

الفصل الرابع

إجـراءات الدراســة

إجـــراءات الـــدراســـة

- مـنـهـج الـدراسـة
- عـيـنـة الـدراسـة
- أدوات الدراسة السيكومترية و العلاجية
- خطوات السير في الدراسة
- الأسـاليب الإحـصـائية
- كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية و العلاجية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة:

يستخدم الباحث **المنهج شبة التجريبي** لمعرفة فاعلية البرنامج العلاجي الذي أعده الباحث في خفض اضطراب الفوبيا الاجتماعية لدي عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط من ذوى الفوبيا الاجتماعية.

ثانياً: عينة الدراسة:-

عينة الدراسة الاستطلاعية:-

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من(٦٠) طالب وطالبة في الفرقة الثالثة (جميع الشعب) بكلية التربية جامعة أسيوط.

عينة الدراسة الأساسية:-

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٤٢٥) طالب و طالبة في الفرقة الثالثة والرابعة(جميع الشعب) (٧٠) ذكور، و(٣٥٥) إناث بالكلية.

عينة الدراسة العلاجية:-

تكونت عينة الدراسة العلاجية من مجموعة تجريبية مفردة (٦) ست طالبات: طالبتان بالفرقة الثالثة شعبتي رياضيات وعلم نفس، وطالبتان بالفرقة الرابعة شعبة طفولة، وطالبتان بالفرقة الرابعة شعبة تعليم أساسي(لغة عربية).

ثالثاً: أدوات الدراسة السيكومترية و العلاجية:

١- استمارة صياغة حالة الفوبيا الاجتماعية (SP Case Formulation)-إعداد الباحث

٢- مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ليبوتز(2002)(LSPS) - تعريب الباحث

٣- مقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30)**(Wells &Cartwright, 2004) - تعريب وإعداد د/عبد الله محمد عبد الظاهر

٤- قائمة الأفكار المقلقة(AnTI-22) (Wells,1997) - تعريب الباحث

٥- البرنامج العلاجي -إعداد الباحث

<u>** يشتمل هذا المقياس على خمسة إبعاد لما وراء المعرفة، هي:</u>

١. معتقدات القلق الايجابي " Positive Worry Beliefs".

٢. المعتقدات السلبية لعناصر اللاتحكمية و الخطـورة الفكريـة " Negative beliefs about uncontrollability & danger of thoughts ".

٣. معتقدات الكفاءة المعرفية(ضعف الثقـة فـي الانتبـاه والـذاكرة)" Beliefs about cognitive competence".

٤. المعتقدات السلبية العامة متضمنة الحاجة للتحكم في الأفكـار " Negative beliefs about need for control".

٥. الوعي الذاتي-المعرفي"Cognitive self-consciousness".

رابعاً: خطوات السير في الدراسة:-

١- مراجعة الدراسـات والبحـوث الـسابقة فـي مجـالات :مـا وراء المعرفـة، استراتيجياتها، مداخلها و فنياتها العلاجية، و سمة الفوبيا الاجتماعية ، وتـصنيفاتها، و نماذجها المعرفية السلوكية ،و أبعادها النفسية و الاجتماعية،و أخيراً سيكولوجية فتـرة المراهقة المتأخرة واستراتيجيات المعالجة المعلوماتية الاجتماعية الـسائدة فـي تلـك المرحلة العمرية.

٢- تطبيق أدوات الدراسة السيكومترية:مقياس الفوبيـا الاجتماعيـة لـ/ ليبـوتز (LSPS) ،وقائمة الأفكار المقلقة(AnTI)على عينة استطلاعية من طلاب الفرقة الثالثة بكلية التربية بهدف التأكد من كفاءة المقاييس المـستخدمة(حـساب الثبـات والـصدق والاتساق الداخلي).

٣- تطبيق أدوات الدراسة السيكومترية: مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS) علـى عينة الدراسة الأساسية من الطلاب المعلمين بكلية التربية لاختيار أفراد العينة العلاجية من ذوي الفوبيا الاجتماعية من طلاب الفرقة الثالثة والرابعة بكليـة التربيـة جامعـة أسيوط.

٤- تطبيق استمارة صياغة حالة الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحث)على عينـة مـن الطلاب مرتفعي الفوبيا الاجتماعية بغرض الإلمام بطبيعة الخوافات والقلاقل الاجتماعية التي تراودهم ، وللتعرف على المواقف والسلوكيات والتصرفات الاجتماعيـة الأكثـر إرهاباً ،كما تعين استمارة صياغة الحالـة العلاجيـة المعتقـدات مـا وراء المعرفيـة اللاتوافقية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية بأبعادها المتباينة والتي يعتمد عليهـا لتحديـد الاستراتيجيات ماوراء المعرفية العلاجية الملائمة لكل بُعد من أبعادها. يتضمن المكون ما وراء المعرفي اللاتوافقي للفوبيا الاجتماعية والذي يتم استهدافه في البرنامج العلاجي

كل من أبعاد: معتقدات الوعي الذاتي السلبي (الصورة السلبية للذات)،والمعتقدات السلبية العامة (المسئولية الذاتية عن الناتج السلبي الحادث وهي ما يعرف بمحفزات معالجات ما بعد الموقف)،والمعتقدات السلبية العامة (حتمية وقوع التقييم و العواقب السلبية و هي ما يعرف بمحفزات المعالجات المسبقة)،والمعتقدات السلبية لعناصر اللاتحكمية و الخطورة الفكرية،ومعتقدات الكفاءة المعرفية (الثقة في عمليات الانتباه والذاكرة)،و أخيراً معتقدات القلق الايجابي(جدوى و فائدة القلق في تجاوز المواقف الاجتماعية الإشكالية).

٥- اختيار العينة العلاجية للبرنامج وعددها من (٤) إلى(٨) طلاب وفقاً لدرجة القطع (م+٢ع) من العينة الأساسية.

٦- تطبيق البرنامج العلاجي الموضوع في ضوء طبيعة المتلازمة المعرفية/الانتباهية (CAS) المحددة سلفاً في استمارة صياغة الحالة " Case Formulation" المطبقة على العينة العلاجية بهدف تعيين الإطار الزمني للبرنامج الموضوع من قبل الباحث.

٧- التطبيق البعدي لمقياس الدراسة السيكومترية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي مباشرة.

٨- التطبيق التتبعي لأدوات الدراسة السيكومترية بعد مرور(٨)أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي.

٩- المعالجة الإحصائية للبيانات.

١٠- عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها.

١١- تقديم التوصيات والمقترحات.

خامساً: الأساليب الإحصائية:-

للتحقق من كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية و لاختبار صحة فروض الدراسة يعتمد الباحث على برنامج الباقة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) مستخدماً الاختبارات الإحصائية التالية:-

- معامل ارتباط بيرسون"Pearson" ،و ألفا كرونباخ"Alpha Cronbach"،و التحليل العاملي لفحص كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية.

– اختبار "ت" لدلالة فـروق العينـات المرتبطـة(Related Samples T Test) للمقارنة بين متوسطي درجات كل من الذكور و الإناث في عينة الدراسة الأساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS).

– اختبار ويلكوكسون"Wilcoxon Signed Ranks" لتحديد دلالة الفـروق بـين المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي وكذلك البعـدي و التتبعـي لأدوات الدراسة السيكومترية و التي تعد مؤشراً على فعالية البرنامج العلاجي.

– معادلة حساب حجم الأثر (d) "نسبة التغير الكلي في المتغير التابع و الذي يمكن أن يرجع إلى المتغير المستقل" لحساب الأثر العلاجي للبرنامج بدلالة "Z" لدلالة فـروق مجموعتين مترابطتين.

سادساً: كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية و العلاجية:

أ – كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية:-

(١) مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ ليبوتز(LSPS):-

بعد اطلاع الباحث على العديد من مقاييس الفوبيا الاجتماعية و التي منها:

١ – مقياس الفوبيا الاجتماعية إعداد /فضل إبراهيم عبد الصمد(١٩٨٩).

٢ – مقياس الرهاب الاجتماعي(Rubin et al., 1994) تعريب و تقنين/مجدي محمـد الدسوقي(١٩٩٦).

٣ – مقياس القلق الاجتماعي(Leary,1983)تعريب وتقنين/هارون توفيق الرشيدي (١٩٩٧).

٤ – مقياس القلق الاجتماعي (Leary, 1983) تعريب وتقنين/محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود (١٩٩٨).

٥ – المقياس الثلاثي للخوف الاجتماعي إعداد/ عبد الله صالح الرويتع (٢٠٠٢).

٦ – مقياس الفوبيا الاجتماعية إعداد/عبد الله محمد عبد الظاهر (٢٠٠٤).

٧ – قائمة القلق والخوف الاجتماعي (Turner et al., 1996) تعريب و تقنين/أحمـد محمد عبد الخالق، وصلاح أحمد مراد، وحياة خليل البنا (٢٠٠٥).

و استناداً إلى الإطار النظري و التعريف الإجرائي للفوبيا الاجتماعية اعتمد الباحث علـى مقيـاس الفوبيـا الاجتماعيـة لـــ/ ليبـوتز" Liebowitz Social Phobia Scale"(LSPS) و هو مقياس تم تصميمه من قبـل مايكـل ليبـوتز (Michael R. Liebowitz, Ph.D.; New York State Psychiatric Institute, USA) بغرض

تقييم نطاق واسع من الخوافات و الصعوبات الاجتماعية تم تحقيقها عن طريق مرضى باضطراب الفوبيا الاجتماعية.

لقد تم ذكر الخصائص السيكومترية للمقياس الأصلي و خطوات تعريبه وإجراءات تقنينه ومعايير كفاءته (درجات الصدق و الثبات) باعتماد الباحث البيانات السيكومترية للمقياس الأصلي دراسة ": Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi , E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D., & Wilson, W.(1991)The Brief Social Phobia Scale. Journal of Clinical Psychiatry, Vol.52, Pages (48–51). ".

١-المقياس الأصلي:-

أ-وصف المقياس Scale Description ":-

يستخدم هذا المقاس في الأساس كوسيلة للتقييم أثناء المقابلات التشخيصية لمرضى الفوبيا الاجتماعية ؛و يتكون من(٢٤)عبارة كوسيلة لتقييم و قياس درجة الخوف و التجنب لمواقف و سلوكيات اجتماعية معينة لأفراد من ذوى الفوبيا الاجتماعية.يشتمل هذا المقياس على مقياسين فرعيين(Subscales):الأول يختص بقياس صعوبة التفاعل الاجتماعي (١١)عبارة والثاني يختص بمواقف الأداء الاجتماعي (١٣)عبارة .يتم تكليف المفحوصين لتسجيل درجة الخوف لديهم على تدريج رباعي المستويات "صفر-٣"(لا شيء- خفيف – متوسط – حاد) وأيضاً درجة التجنب على تدريج رباعي المستويات{صفر-٣} ("أبداً "(صفر%) – "أحياناً" (١-٣٣%) – "غالباً"(٣٤-٦٧%) – "عادة"(٦٧-١٠٠%)لتمثيل حدة الأعراض أثناء أسبوع سابق حيث تحدد الدرجة الكلية حدة حالة الاضطراب الفوبيا الاجتماعية التي يعانوها.

ب-تطبيق و تصحيح المقياس"Scale Administrating and correcting":-

يستغرق إدارة المقياس من(٢٠) إلى(٣٠) دقيقة حيث يعطي عدداً من المؤشرات:ا) درجة الخوف الكلي(مجموع درجات الخوف لجميع العبارات) ، ب) درجة الخوف من التفاعل الاجتماعي(مجموع درجات الخوف العبارات أرقام ٥، ٧، ١٠ -١٢، ١٥، ١٨، ١٩ ، ٢٢-٢٤)، ج) درجة الخوف من الأداء(مجموع درجات الخوف للعبارات أرقام ١-٤، ٦، ٨، ٩، ١٣، ١٤، ١٦، ١٧، ٢٠، ٢١)، د) درجة التجنب الكلي(مجموع درجات التجنب الخوف لجميع العبارات)، ه) درجة تجنب التفاعل الاجتماعي(مجموع درجات التجنب للعبارات أرقام ٥، ٧، ١٠ -١٢، ١٥، ١٨، ١٩ ، ٢٢-٢٤)،و) درجة

التجنب للأداء(مجموع درجات الخوف للعبارات أرقام ١-٤ ،٦ ،٨ ،٩ ،١٣ ،١٤ ،١٦ ،١٧ ،٢١، ٢٠) ، ز) درجة الخوف والتجنب الاجتماعي الكلية (مجموع درجات الخوف والتجنب).

ج-ثبات المقياس Reliability ":-

عند حساب ثبات المقياس الأصلي بطريقة "ألفا كرونباج" كانت درجة الثبات الكلي (٠,٩٦)؛كما أن معاملات ألفا تراوحت من (٠,٨١-٠,٩٢) بالنسبة للمقياس الفرعي للخوف ،و من (٠,٨٣-٠,٩٢)للمقياس الفرعي للتجنب بينما ارتبطت درجات الخوف والتجنب الكلي بشكل مرتفع(٠,٩١).

د-صدق المقياس"Validity":-

تم إجراء تحليل عاملي استكشافي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ ليبوتز(LSPS) في دراسة " Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneider, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. Journal of Anxiety Disorders, Vol. 13, Pages (253–270)." و توصلت الدراسة إلى تحاليل عاملية منفصلة لدرجات الخوف و التجنب إلى حل فصل المقياس الأصلي لأربعة عوامل فرعية هي: ا) التفاعل الاجتماعي ؛ ب) التحدث العلني ؛ ج) الملاحظة من قبل الآخرين ؛ د) الأكل و الشرب في أماكن عامة.قام الباحث باختزال العوامل الفرعية وفق نتائج التحليل العاملي لمقياس الفوبيا الاجتماعية المعرب لتصبح ثلاثة عوامل فرعية هي:الخوف من التقييم السلبي ،و قلق التفاعل الاجتماعي ،وقلق لتحدث العلني في ضوء التعريف الإجرائي للفوبيا الاجتماعية الذي حدده الباحث.

٢-خطوات تعريب مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ ليبوتز(LSPS):-

من أجل تعريب المقياس وتطبيقه في الدراسة الحالية قام الباحث بالخطوات التالية:-

(أ) ترجمة المقياس إلى اللغة العربية.

(ب) عرض الصورة الأولية للمقياس على بعض أساتذة علم النفس لمعرفة آرائهم حول مدى ارتباط العبارات بالأبعاد التي تندرج تحتها و مدى ارتباطها بالمقياس ككل و إبداء آرائهم في حسن صياغة العبارات.

(ج) تعديل الصورة الأولية لعبارات المقياس و حذف بعض العبارات في ضوء آراء وتوجيهات السادة المحكمين.

(د) تطبيق المقياس على عينة صغيرة من طلاب الفرقة الرابعة بكلية التربيــة (٥) طلاب كدراسة ما قبل استطلاعية للتأكد من عدم وجود مشكلات في عبارات المقيــاس التي تواجه المفحوصين في الدراسة الاستطلاعية.

(ه) تطبيق المقياس بعد إجراء التعديلات على عينة استطلاعية بلغ قوامها(٦٠) طالباً و طالبة للتحقق من صدق المقياس و ثباته.

٣-الخصائص السيكومترية لمقياس الفوبيا الاجتماعية لــ/ليبوتز المُعرب:-

أ- الثبات"Reliability":-

(ألفا كرونباخ - إعادة تطبيق الاختبار)

للتحقق من ثبات المقياس اعتمد الباحث على استخدام طريقتين لحساب معامل الثبات ،وهما: أسلوب إعادة الاختبار و معادلة ألفا كرونباخ ،و يوضح جدول رقم (١) معامل ثبات مقياس الفوبيا الاجتماعية بأسلوب إعادة تطبيق الاختبار ومعادلة ألفا كرونباخ.

جدول (١)

"معامل ثبات مقياس الفوبيا الاجتماعية بأسلوب إعادة تطبيق الاختبار ومعادلة ألفا كرونباخ"

الطريقة	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار
معامل الثبات	**٠,٧٢	**٠,٧٠

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

الاتساق الداخلي"Internal Consistency":-

بعد تطبيق الصورة الأولية للمقياس (٢١)عبارة حيث تم حذف عبارتين بعد التحكيم الظاهري وبعد التطبيق على العينة الاســتطلاعية و عــددها (٦٠) طالــب و طالبــة وتصحيحها وتفريغ استجابات أفراد العينة بتحديد الدرجة الكلية لكل فرد ودرجته الكلية على كل بُعد من الأبعاد الفرعية للتحقق من تجانس المقياس داخلياً باســتخدام طريقــة الاتساق الداخلي قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات العينة على كل عبارة ومجموع درجاتهم على البُعد التي تندرج تحته ما عداها وكذلك المقياس ككل. يوضح جدول(٢) معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل عبارة و كل من الدرجــة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية للمقياس.

جدول(٢)

"معاملات الارتباط بين عبارات مقياس الفوبيا الاجتماعية و الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية المقياس ككل"

أرقام عـبــارات كــل بُعــد	الارتباط بالبُعــد	الارتباط بالمقياس
(البعد الأول)"الخوف من التقييم السلبي"		
• العبارة رقم (٤)	٠,٥٢٢**	٠,٤٢٢**
• العبارة رقم (٥)	٠,٥٨٨**	٠,٣٨٢**
• العبارة رقم (٧)	٠,٦٤٠**	٠,٤٤٧**
• العبارة رقم (٨)	٠,٤٠٥**	٠,٣٠٦*
• العبارة رقم (١١)	٠,٦٤٧**	٠,٥٣٣**
• العبارة رقم (١٥)	٠,٧٣٤**	٠,٤٩٢**
• العبارة رقم (١٨)	٠,٥٢٧**	٠,٣٩٤**
(البعد الثاني)"قلق التفاعل الاجتماعي"		
• العبارة رقم (١)	٠,١١٠	٠,١٤٧
• العبارة رقم (٣)	٠,٢٣٣*	٠,٣١١*
• العبارة رقم (٦)	٠,٤٣٧**	٠,٤٨٤**
• العبارة رقم (٩)	٠,٤٩٢**	٠,٤٩٠**
• العبارة رقم (١٣)	٠,٤١٧**	٠,٣٦٤**
• العبارة رقم (١٧)	٠,٣٧٧**	٠,٣٨٤**
• العبارة رقم (٢٠)	٠,٣٢٩*	٠,٤٢٠**
• العبارة رقم (٢١)	٠,٣٩٣**	٠,٣٩٤**
(البعد الثالث)"قلق التحدث العلني"		
• العبارة رقم (٢)	٠,٣٣٩**	٠,٣٤٤**
• العبارة رقم (١٠)	٠,٤٠٧**	٠,٣٤٦*
• العبارة رقم (١٢)	٠,٤١٧**	٠,٣٨٧**
• العبارة رقم (١٤)	٠,٤٤٥**	٠,٤٠٩**
• العبارة رقم (١٦)	٠,٤٩٨**	٠,٣٤٤*
• العبارة رقم (١٩)	٠,١٨٧	-٠,٠٣٧

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

اعتماداً على معاملات الارتباط بين عبارات مقياس الفوبيا الاجتماعية و الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية المقياس ككل قام الباحث بحذف عبارتين أرقام(١، ١٩) ،وهما:"تتحدث في الهاتف بحرية أمام الآخرين"،و "تتناول المشروبات مع زملائك على نفس المائدة"، كما تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية للمقياس، كما في جدول(٣)

جدول(٣)

"معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية لمقياس الفوبيا الاجتماعية ككل"

البُعد	الخوف من التقييم السلبي	قلق التفاعل الاجتماعي	قلق التحدث العلني
الدرجة الكلية	٠,٧١٢**	٠,٨٤٠**	٠,٣٦٨**

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

ب-الصدق"Validity":-

الصدق المنطقي"Logical validity":-

من أجل إعداد هذا المقياس و تطبيقه في الدراسة الحالية قام الباحث بترجمة المقياس ومراجعة عباراته لغوياً مع عرض الصورة الأولية للمقياس على مجموعة من المحكمين ضمت بعض أعضاء هيئة التدريس تخصص علم نفس تربوي و صحة نفسية في بعض الجامعات المصرية لإبداء آرائهم في عبارات المقياس من جوانب:-

(أ) مدى ارتباط العبارة بالبُعد الذي تندرج تحته.

(ب) مدى ارتباط العبارة بالمقياس ككل.

(ج) مدى ملائمة العبارة من حيث الصياغة.

يوضح جدول(٤) نسبة موافقة المحكمين على عبارات مقياس الفوبيا الاجتماعية(LSPS).

جدول (٤)

" نسبة موافقة المحكمين على عبارات مقياس الفوبيا الاجتماعية "

رقم	% م.	% م.ب.ت	رقم	% م.	% م.ب.ت	رقم	% م.	% م.ب.ت
١	%١٠٠	--	٩	%٩١	%٩	١٧	%٩١	%٩
٢	%١٠٠	--	١٠	%٧٣	%٢٧	١٨	%٩١	%٩

رقم	% م.	% م.ب.ت	رقم	% م.	% م.ب.ت	رقم	% م.	% م.ب.ت
٣	%٩١	%٩	١١	%٩١	%٩	١٩	%٨٢	--
٤	%٩١	%٩	١٢	%١٠٠	--	٢٠	%٩١	%٩
٥	%٩١	%٩	١٣	%٤٥	%١٩	٢١	%٩١	%٩
٦	%٩١	%٩	١٤	%٩١	%٩	٢٢	%٧٣	%٢٧
٧	%١٠٠	--	١٥	%٦٤	%٣٦	٢٣	%٩١	%٩
٨	%٩١	%٩	١٦	%١٠٠	--	٢٤	%٦٤	%٣٦
م= موافقة					**م.ب.ت = موافقة بعد التعديل**			

اعتماداً على توجيهات المحكمين و في ضوء بعض المؤشرات الثقافية قام الباحث بحذف عبارتين من عبارات المقياس الأصلي أرقام (١٣)،و(٢٤)، و هما:" تقضي حاجتك في المراحيض العامة "،و" تستجيب لرغبة ملحة من مندوب مبيعات يعرض عليك سلعة لتشتريها "ثم تم عرض الصورة الأولية للمقياس المشتملة على (٢٢) عبارة بعد حذف عبارتين على عينة من طلاب الفرقة الثالثة بكلية التربية(٥ طلاب) للتيقن من عدم وجود أيه مشكلات في فهم العبارات أو التعليمات الخاصة بالمقياس.

الصدق التلازمي" Convergent validity":-

لتعيين درجة الصدق التلازمي(صدق المحكات) لهذا المقياس تم إيجاد معاملات الارتباط بين درجات المقياس و مقاييس أخرى للفوبيا الاجتماعية حيث ارتبط المجموع الكلي للدرجات المتحصل عليها مع معدل الحدة الإكلينيكية المشتق من مقابلات تشخيصية بنسبة (٠,٥٢) وكذلك التقارير الذاتية للاضطراب بنسب تراوحت من(٠,٤٩) إلى(٠,٧٣).كما ارتبطت درجة المقياس الفرعي لقلق التفاعل الاجتماعي (LSPS) ارتباطاً مرتفعاً مع مقياس قلق التفاعل الاجتماعي"SAIS" (٠,٧٦)، و ارتبط المقياس الفرعي للخوف من الأداء بشكل كبير مع مقياس قلق الأداء الاجتماعي(٠,٦٥)عن الارتباط بمقياس قلق التفاعل الاجتماعي(٠,٥٢). كما تم قياس درجة الصدق التلازمي لهذا المقياس باختبار العلاقة مع مقاييس الاكتئاب في عينة فرعية حيث ارتبط مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ ليبوتز بدرجة مقبولة مع مقاييس الاكتئاب بنسب تراوحت من (٠,٥٢) إلى(٠,٥٦) في(٩) حالات من إجمالي(١٢)حالة، و كانت معاملات الارتباط

بينها و بين مقاييس الاكتئاب ومقاييس الفوبيا الاجتماعية أعلى من الارتباطات بينهـا و بين مقاييس الاكتئاب.

يوضح جدول(٥) أبعاد الصورة النهائية لمقياس الفوبيا الاجتماعيـة لـ/ ليبـوتز ،وأرقام عبارات كل بعد.

جدول (٥)

"أبعاد الصورة النهائية لمقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ليبوتز ،و عبارات كل بُعد"

م	الأبعاد	عبارات كل بُعد	عدد العبارات
١	الخوف من التقييم السلبي	٣-٤-٦-٧-١٠-١٤-١٧	٧
٢	قلق التفاعل الاجتماعي	١-٥-٨-١٢-١٦-١٨-١٩	٧
٣	قلق التحدث العلني	٢-٩-١١-١٣-١٥	٥

(٢) مقياس ما وراء المعرفة(MCQ):-

استناداً إلى الإطار النظري المتعلق بما وراء المعرفة و مكوناتها و أبعادها اعتمـد الباحث على استبيان ما وراء المعرفة(MCQ-30) بغرض تقييم العوامـل مـا وراء المعرفية المتوافقة مع الطبيعة اللاتوافقية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية.قام بإعداد هـذا المقياس ويلز و كارترايت (Wells & Cartwright,1997) يهدف هذا المقياس إلـى معرفة الفروق الفردية بين الأفراد في المكونـات و المعتقـدات مـا وراء المعرفيـة المتضمنة في اضطراب الفوبيا الاجتماعية"Metacognitive beliefs".تم إيجاد الصدق البنائي له بواسطة التحليل العاملي التفسيري و التوكيدي.

١-المقياس الأصلي:-

أ- وصف المقياس"Scale Description":-

تظهر كل عبارة في مقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30) في مـصفوفة التـرابط الداخلي بين العبارات إلى غلبة الارتباطات فوق(٠,٣) بين العبارات الداعمة لملائمـة العوامل الفرعية.يزودنا مقياس "KMO" بوسيلة أضافية لتقييم تجانس المتغيرات حيـث كان إجمالي الدرجات فوق(٠,٩) و تعتبر هذه الدرجة فوق الحد الأدنى المقترح (٠,٦) مما يؤكد أن مصفوفة الارتباطات ملائمة للتحليل العـاملي.اشـتق الباحـث البيانـات المذكورة في هذا الإطار مـن دراسـة: "Wells, A. & Cartwright-Hatton S. (2004):"A Short Form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30", Behavior Research and Therapy, Vol.42, Pages (385–396)."

ب- الثبات"**Reliability**":-

ألفا كرونباج"Alpha Cronbach":-

لقد تم استخدام طريقة "ألفا كرونباج " المجموع الكلي للمقياس و المقاييس الفرعية حيث تراوحت درجات ألفا من (٠,٧٢-٠,٩٣) موضحاً توافق داخلي(جيد- ممتاز).

إعادة تطبيق الاختبار"Test- Retest":-

لقد اظهر حساب الفروق الإحصائية عن طريق اختبار"ت" لدلالة الفروق زيادة معتقدات القلق الايجابي بشكل ملحوظ بطريقة أعادة الاختبار بمتوسط للدرجات (ت) (٩,٦٧ ل ت ١) و (١٠,٤٣ ل ت ٢) و لكن هذا التباين كان غير ذي معنى لكونه أقل من (٠,٠٥) كما لم تبدو أي تباينات أخرى واضحة.لقد كانت ارتباطات "بيرسون" عند أعادة الاختبار بالنسبة للمقياس الكلي (٠,٧٥) و للمقاييس الفرعية بالترتيب:(٠,٦٩) للعامل الأول،و(٠,٧٩) للعامل الثاني ،و (٠,٨٧) للعامل الثالث،و (٠,٥٩) للعامل الرابع، و(٠,٧٤) للعامل الخامس و جميع تلك القيم ذات دلالة إحصائية.

الاتساق الداخلي"Internal Consistency":-

لقد تم حساب ارتباطات "بيرسون"لاكتشاف مدى الارتباط بين المقاييس الفرعية الخمسة للمقياس في صورته الأصلية و المختصرة و توصل(Cartwright & Wells,1997)إلى أن المقاييس الفرعية المتباينة كانت مرتبطة معاً و تلك الارتباطات كانت متوافقة مع ما يتم قياسه في المقياس الأصلي(MCQ).

ج-الصدق "**Validity**":-

الصدق العاملي"Factor Validity":-

تم إجراء تحليل عاملي استكشافي لمقياس (MCQ-30) بطريقة المكونات العامليه الأساسية"component principles" لحساب العوامل المتبقية عن طريق اختبار(Scree) حيث تم إخضاع العوامل المستقاة إلى التدوير المائل وتم التحصل على الدرجات التالية للعوامل الفرعية على الترتيب:(٩,٩٨) ، (٣,٥٦) ، (٣,١٧) ، (٢,١٥) ، (١,١٨) بحيث يسمح لنا فحص التشبعات بتحديد مدى تشبع العوامل المتوقعة مع / أو تشبعها بطريقة تستلزم أعادة توزيع العوامل الفرعية .لقد أوضحت نتائج التحليل العاملي أن العبارات المتعلقة بالعوامل الفرعية:الثقة المعرفية ، و معتقدات القلق الايجابي ،و الوعي الذاتي بالمعرفة ،و معتقدات اللاتحكمية و الخطورة الفكرية كانت مرتفعة التشبع بعواملها المرتبطة عن العبارات الأخرى و بدرجة تشبع مرتفعة لتلك العبارات عن

غيرها.أما بخصوص عامل المعتقدات عن الحاجة للتحكم في الأفكار فقد كانت تشبعات (٣)عبارات فقط كانت أكثر ارتفاعاً و عبارتين أخريين كانا أقل تشبع و عبارة أخرى أظهرت ضعف في درجة تشبعها و لكن إجمالاً حاذت كل عبارات المقياس على درجات تشبع مرتفعة على عامل متباين، لكن أجمالاً كانت التباينات صغيرة و يمكن اعتبار بناء كل عامل نسخة مقاربة للمقياس الأصلي لما وراء المعرفة . أما بخصوص التباين فقد أظهرت العوامل الخمسة درجات تشبع كما يلي:(٣٣,٢٨) للعامل الأول، و (١١,٨٦) للعامل الثاني، و(١٠,٥٦) للعامل الثالث،و (٨,٣٦) للعامل الرابع، و (٣,٩٣) للعامل الخامس.

الصدق التلازمي"Convergent Validity":-

لتقييم الصدق التلازمي"المحكات" لمقياس (MCQ-30) تم استخدام ارتباطات "بيرسون" للمقاييس الفرعية لمقياس (MCQ-30) و مقاييس الكيانات المرتبطة فأظهرت الدراسات التي اعتمدت على المقياس الأصلي ارتباطات إيجابية معنوية بين الابعاد الفرعية للمقياس و كل من مقاييس القلق و الأعراض الوسواسية.تتوافق هذه العلاقات مع ما تم تحقيقه في الدراسات السابقة للمقياس الأصلي. تزودنا أيضاً هذه البيانات بدليل أضافي مؤيد للعلاقات بين معتقدات اللاتحكمية والخطورة الفكرية من جانب و القلق الباثولوجي من جانب آخر باعتباره عامل جوهري في اضطراب القلق المعمم (GAD) لقد كان الارتباط بين بُعد ما وراء المعرفة لعناصر اللاتحكمية و الخطورة الفكرية و كلّ من استبيان الانزعاج الباثولوجي"لبين ستيت"(PSWQ) ومقياس سمة القلق (Anxiety-Trait) قوياً على الأخص بنسبة (٥٣%) و (٤٨%) من التباين المشترك على الترتيب.

د- التباينات بين الجنسين"Gender Differences":-

تم اختبار التباينات بين الجنسين باستخدام اختبار"ت"لدلالة الفروق على عينات مستقلة بالتوافق مع ستة مقارنات و وجد مستوى ألفا المعياري عند (٠,٠٠٨) (٠,٠٥/٦) وهي لا تمثل أي دلالة إحصائية.

٢-خطوات تعريب مقياس ما وراء المعرفة((Metacognition Scale(MCQ-30):-

من أجل تعريب و تقنين مقياس ما وراء المعرفة و التحقق من كفاءته،قام (عبد الله محمد عبد الظاهر،٢٠٠٨) بالعديد من الخطوات:-

(أ) ترجمة المقياس إلى اللغة العربية.

(ب) تقديم نسخة مبدئية من المقياس بعد ترجمته إلى بض أساتذة اللغـة الانجليزيـة وبعض أعضاء هيئة التدريس بقسم المناهج و طرق التدريس اللغة الانجليزية بالكلية من احل مراجعتها.

(ج) عرض الصورة الأولية للمقياس على بعض أساتذة علم النفس لمعرفـة آرائهـم حول مدى ارتباط العبارة بالأبعاد التي تندرج تحتها و مدى ارتباطها بالمقياس ككـل و أبداء آرائهم في حسن صياغة العبارات.

(د) تعديل الصورة الأولية لعبارات المقياس و حذف بعض العبارات في ضوء آراء وتوجيهاتهم.

(ه) تطبيق المقياس على عينة صغيرة من طلاب الفرقة الثالثة بكلية التربيـة (١٠) طلاب كدراسة ما قبل استطلاعية للتأكد من عدم وجود مشكلات في عبارات المقيـاس التي تواجه المفحوصين في الدراسة الاستطلاعية.

(و) تطبيق المقياس بعد إجراء التعديلات المطلوبة على عينة استطلاعية بلغ قوامها (٩١) طالباً و طالبة ثم تفريغ استجابات العينة تمهيداً لاستخدامها في التحقق من صدق المقياس و ثباته.

٣-الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء المعرفة المُعـرب(Meta-Cognition Questionnaire (MCQ-30)):-

أ-وصف المقياس"Scale Description":-

قام الباحث بالاستعانة بهذا المقياس بعد التحقق من كفأته(التعرف على درجة ثباته و صدقه) ويهدف هذا المقياس إلى معرفة الفروق الفردية بين الأفراد في اختبار المعتقدات ما وراء المعرفية حيث تعتبر مراقبة الميول ذات أهمية في النماذج ما وراء المعرفيـة لاضطرابات انفعالية متباينة.يحتوى هذا المقياس على (٣٠)عبارة تم إيجـاد الـصدق البنائي لكل عبارة عن طريـق التحليـل العـاملي و التوكيـدي" Confirmatory & Exploratory Factor Analysis".اقترحت النظرية ما وراء المعرفية ملائمة خمسة عوامل للمقياس الأصلي مع تدعيم التحليل العاملي لهذه العوامل الخمس وهـي: الثقـة المعرفية(Cognitive confidence)، معتقدات القلق الايجـابي(Positive Beliefs about worry)،الـوعي الـذاتي بالمعرفـة(Cognitive self-consciousness) ، المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار أو خطورتهـا(Negative Beliefs about Uncontrollability and danger of Thoughts) ، و المعتقدات

بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار(Beliefs about need to control). لقد أظهر مقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30) اتساقاً داخلياً ،و درجة ثبات مرتفعة بطريقة إعادة الاختبار .كما وجدت معاملات ارتباط جيدة بين مقياس ما وراء المعرفة و مقاييس الفوبيا الاجتماعية وقائمة الأفكار المقلقة المتضمنة لأبعاد (القلق الاجتماعي ،والقلق حول الصحة ،وما وراء القلق) بحيث تقدم تدعيماً إضافياً لصدق المقياس والنظرية ما وراء المعرفية بشأن الأفكار والمعتقدات المختلة المتطفلة ودور كل من عمليات مراقبة التهديد الانتباهي و الاجترارات الفكرية و الاستراتيجيات والسلوكيات اللاتوافقية في استمرار و تعزيز الاضطراب الانفعالي.

ب- الثبات"Reliability":-

(الاتساق الداخلي -ألفا كرونباخ - التجزئة النصفية - إعادة تطبيق الاختبار)

لقد تم التحقق من درجة الثبات عن طريق العديد من الأساليب حيث قام (عبد الله محمد عبد الظاهر، ٢٠٠٨) بحساب درجة الاتساق الداخلي لمناسبة العبارات للمقياس ومدى ارتباط كل عبارة بالبُعد الذي تندرج تحته مع تعديل العبارات التي تم إعادة صياغتها. تبع ذلك تطبيق الصورة الأولية للمقياس على العينة الاستطلاعية التي بلغ عددها(٩١) من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط وتصحيحها.بعدها تم تفريغ استجابات أفراد العينة على المقياس مع تحديد الدرجة الكلية لكل فرد و الدرجة الكلية على كل بُعد من الأبعاد الخمس الفرعية للتحقق من درجة تجانس المقياس داخلياً باستخدام الاتساق الداخلي بإيجاد معامل الارتباط بين مجموع درجات العينة على كل عبارة و مجموع درجاتهم على الأبعاد الفرعية من جانب و المقياس ككل من جانب آخر كما في الجدول رقم (٥)؛ كما تم حساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات العينة على كل عبارة و مجموع درجاتهم على البُعد التي تندرج تحته ما عداها وكذلك المقياس ككل كما في الجدول رقم (٦). كما تم استخدام معادلة "ألفا كرونباخ" للتحقق من ثبات مقياس ما وراء المعرفة حيث قد بلغت قيمة معامل الثبات (٠,٨٥) و هي قيمة تدل على ثبات المقياس.كما تم تعيين درجة ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية اعتماداً على معادلة "سبيرمان و براون" و قد بلغت قيمته (٠,٧٨) و هي تدل على ثبات المقياس.

جدول (٦)

"معاملات الارتباط بين عبارات مقياس ما وراء المعرفة والمجموع الكلي لكل بُعد و للمقياس ككل"

أرقام عبارات كل بُعد	الارتباط بالبُعد	الارتباط بالمقياس
(البعد الأول)"معتقدات القلق الايجابي"		
• العبارة رقم (١)	٠,٦٦٢**	٠,٤١٦**
• العبارة رقم (٧)	٠,٧١٠**	٠,٥٨٠**
• العبارة رقم (١٠)	٠,٧٣٢**	٠,٤٤٠**
• العبارة رقم (١٩)	٠,٧٦٩**	٠,٤٨١**
• العبارة رقم (٢٣)	٠,٦٢٦**	٠,٣٢٠**
• العبارة رقم (٢٨)	٠,٧٧٣**	٠,٥٥٣**
(البعد الثاني)"المعتقدات السلبية عن عدم القدرة على التحكم و الخطر"		
• العبارة رقم (٢)	٠,٥٥٣**	٠,٢١٩*
• العبارة رقم (٤)	٠,٦٢٠**	٠,٤٥٢**
• العبارة رقم (٩)	٠,٧٩٦**	٠,٥٣٥**
• العبارة رقم (١١)	٠,٤٩٢**	٠,٤٤٤**
• العبارة رقم (١٥)	٠,٤٦٦**	٠,٢٧٤**
• العبارة رقم (٢١)	٠,٧١١**	٠,٤٦٧**
(البعد الثالث)"الثقة المعرفية:" الثقة في عمليات الانتباه و الذاكرة"		
• العبارة رقم (٨)	٠,٦٦٣**	٠,٣٢٤**
• العبارة رقم (١٤)	٠,٦٣٣**	٠,٤٦٤**
• العبارة رقم (١٧)	٠,٨٠٦**	٠,٦٠٠**
• العبارة رقم (٢٤)	٠,٦٧٤**	٠,٤٤٠**
• العبارة رقم (٢٦)	٠,٨٢٤**	٠,٥٧١**
• العبارة رقم (٢٩)	٠,٧١٦**	٠,٤٦٦**
(البعد الرابع)"المعتقدات المتعلقة بالحاجة للحكم في الأفكار		

أرقام عـبــارات كــل بُعـد	الارتباط بالبُعد	الارتباط بالمقياس
• العبارة رقم (٦)	٠,٥٦٧**	٠,٤٤٨**
• العبارة رقم (١٣)	٠,٤٩١**	٠,١٨٦
• العبارة رقم (٢٠)	٠,٦٨٥**	٠,٥٥٦**
• العبارة رقم (٢٢)	٠,٥٨٢**	٠,٥٠٠**
• العبارة رقم (٢٥)	٠,٦١٩**	٠,٤١٣**
• العبارة رقم (٢٧)	٠,٥٩١**	٠,٤٢١**
(البعد الخامس)"الوعي الذاتي بالمعرفــة(تركيــز الانتباه على عمليات التفكير)		
• العبارة رقم (٣)	٠,٥٠٣**	٠,٣٦٠*
• العبارة رقم (٥)	٠,٦٣٥**	٠,١٩٠
• العبارة رقم (١٢)	٠,٦٩٠**	٠,٣٤٦**
• العبارة رقم (١٦)	٠,٦٧٣**	٠,٠٧٣-
• العبارة رقم (١٨)	٠,٧١٩**	٠,٢٢٩*
• العبارة رقم (٣٠)	٠,٦٠٨**	٠,٢٥١*

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

كما تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية للمقيــاس، كما في جدول(٧).

جدول (٧)

"معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة"

البـــعـــد	م. القلق الايجابي	م. عدم القدرة على التحكم	الثقة المعرفية	م. الحاجة للتحكم	م. الوعي الذاتي
الدرجة الكلية	٠,٥٩٣**	٠,٥٩٢**	٠,٦٥٣**	٠,٧١٧**	٠,٣٤٨**

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

لتأكيد ثبات الاختبار تم استخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية(٩١) طالب و طالبة بعد تطبيقه للمرة الثانية بفاصل زمني بلغ ثلاثة أسابيع؛ وجدت أن معاملات الارتباط بين درجات الطــلاب فــي كــلا التطبيقين(٠,٧٤٦**) ،وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وهذا مؤشر على أن المقيــاس على درجة عالية من الثبات.

ج- الصدق"**Validity**":-

الصدق المنطقي"**Logical Validity**":-

من أجل إعداد هذا المقياس و تطبيقه في الدراسة الحالية قام (عبد الله محمـــد عبـــد الظاهر،٢٠٠٨) بترجمة المقياس و مراجعة عباراته بالمقياس الأصلي (-Cartwright MCQ-65)(Hatton & Wells,1997) التي تم اختصار عباراتها إلي (٣٠ عبارة) بالتالي صار عدد عبارات كل بُعد(٦ عبارات) مع عرض الصورة الأوليـــة للمقيـــاس على مجموعة من المحكمين ضمت بعض أعضاء هيئة التدريس تخصص صحة نفسية في بعض الجامعات المصرية وذلك لإبداء آرائهم في عدد من النقاط:-

(أ) مدى ارتباط العبارة بالبُعد الذي تندرج تحته.

(ب) مدى ارتباط العبارة بالمقياس ككل.

(ج) مدى ملائمة العبارة من حيث الصياغة.

يوضح جدول (٨) نسبة موافقة المحكمين على عبارات مقياس ما وراء المعرفة(MCQ-30).

جدول (٨)

" نسبة موافقة المحكمين قبل التعديل لعبارات مقياس ما وراء المعرفة"

رقم	% م.ب.ت	رقم	% م.ب.ت	رقم	% م.ب.ت
١	%١٠٠	١١	%١٠٠	٢١	%١٠٠
٢	%١٠٠	١٢	%١٠٠	٢٢	%١٠٠
٣	%١٠٠	١٣	%١٠٠	٢٣	%١٠٠
٤	%٨٨	١٤	%١٠٠	٢٤	%١٠٠
٥	%١٠٠	١٥	%١٠٠	٢٥	%١٠٠
٦	%٨٨	١٦	%١٠٠	٢٦	%١٠٠
٧	%١٠٠	١٧	%١٠٠	٢٧	%١٠٠
٨	%١٠٠	١٨	%١٠٠	٢٨	%١٠٠
٩	%١٠٠	١٩	%١٠٠	٢٩	%١٠٠
١٠	%١٠٠	٢٠	%١٠٠	٣٠	%١٠٠
م.ب.ت = موافقة بعد التعديل					

صدق المحك"Convergent Validity":-

أفادت الدراسات الوصفية و التحليلية أن العوامل ما وراء المعرفية لمقياس ما وراء المعرفة ترتبط ارتباطاً ايجابياً مع أعراض القلق المرضى"Pathological Worry" (Wells & Papageorgiou,1998) كما أن درجة الفرد على مقياس ما وراء المعرفة تعبر عن استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب(Papageorgiou & Wells,2002).

يوضح جدول (٩)أبعاد الصورة لنهائية لمقياس ماوراء المعرفة وأرقام عبارات كل بعد.

جدول (٩)

"أبعاد الصورة النهائية لمقياس ما وراء المعرفة، وعبارات كل بُعد"

م	الأبعاد	عبارات كل بُعد	العبارات
١	معتقدات القلق الايجابي	١-٧-١٠-١٩-٢٣-٢٨	٦
٢	م. السلبية لعدم القدرة على التحكم	٢-٩-٤-١١-١٥-٢١	٦
٣	معتقدات الثقة المعرفية	٨-١٤-١٧-٢٤-٢٦-٢٩	٦
٤	م. المتعلقة بالحاجة للتحكم في الأفكار	٦-١٣-٢٠-٢٢-٢٥-٢٧	٦
٥	الوعي الذاتي -المعرفي	٣-٥-١٢-١٦-١٨-٣٠	٦

(٣) قائمة الأفكار المقلقة(AnTI)

١-المقياس الأصلي:-

أ-وصف المقياس"Scale Description":-

تعتبر قائمة الأفكار المقلقة (AnTI) مقياس مختصر يسهل إدارته و استخدامه في الأبحاث الإكلينيكية كمقياس تحصيلي متعدد الأبعاد للقلق.تضيف هذه البيانات الوصفية على المجموعات المعيارية إلى الجدوى العلاجية للبيانات أي الحساسية الأدائية للتأثيرات العلاجية و الأهمية النظرية لما وراء القلق في النظرية ما وراء المعرفية حيث تم إثبات كفاءة هذا المقياس تجريبياً كوسيلة بحثية استطلاعية.تم استخدام هذا المقياس بشكل متزايد لتقييم المساهمة النسبية للقلق "نوع ١" و "نوع ٢" في العمليات الباثولوجية الاعتيادية للقلق.يبدو واضحاً امتلاك مقياس قائمة الأفكار المقلقة لدرجة ثبات جيدة مع إظهاره لدرجة صدق بنائي و تقاربي و تمايزي مرتفعة.تم التحصل على البيانات السيكومترية الخاصة بهذه القائمة من دراسة " Wells, Adrian (2006):"Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment

The " في الفصل الثامن بعنوان " and Treatment. , John Wiley & Sons, Ltd. Anxious Thoughts Inventory and related measures of Metacognition "and Worry

ب- بناء المقياس"Scale Structuring":-

تم تصميم هذه القائمة في البداية كمقياس متعدد الأبعاد للقلق من قبل (Wells,1994) للتعرف على التباين بين أبعاد المحتوى المقلق المعرفي "Type I" وما وراء المعرفي"Type II". تعتبر قائمة الأفكار المقلقة بمثابة تقرير ذاتي يتكون من ثلاثة مقاييس فرعية:القلق الاجتماعي، القلق حول الصحة، و ما وراء القلق. يتكون المقاييس الفرعية لهذه القائمة من (٩)، (٦)، (٧) عبارات على التوالي.

يعتبر المصدر الأصلي لعبارات هذه القائمة من مقابلات شخصية مع مرضى يعانون من اضطراب الفزع "Panic Disorder" واضطراب القلق المعمم "GAD"؛ بالإضافة إلى وجود عناصر إضافية تبدو ملائمة لعدد من العوامل الأولية التي تم اشتقاقها في الأساس من قائمة بيك للاكتئاب"BDI"(Beck et al,1961) و قائمة موسيلي للوساوس القهرية (Rachman & Hodgson, 1980) بالإضافة إلى عبارة وحيدة تم اشتقاقها من المقياس الفرعي لسمة القلق من قائم سمة حالة القلق لـ/ سبيلبرجر و آخرون(Speilberger et al., 1983).

ج-الحساسية العلاجية"Pathological Sensitivity":-

يمكن اعتبار مقياس قائمة الأفكار المقلقة(AnTI-22) حساس لجميع البرامج العلاجية لاضطرابات انفعالية متباينة حيث أظهرت دراسة حالة برنامج للعلاج ما وراء المعرفي لاضطراب القلق المعمم(GAD)عن حدوث انخفاضات كبيرة في جميع المقاييس الفرعية للقائمة مع العلاجات الناجحة كدراسة (Wells,1995).كما أوضحت تجربة مفتوحة لمرضى من الموافقين للمعايير التشخيصية لاضطراب القلق المعمم(DSM-IV)تم معالجتهم ببرنامج للعلاج ما وراء المعرفي حدوث انخفاضات ملحوظة على المقاييس الفرعية لقائمة الأفكار المقلقة بين قبل و بعد البرنامج العلاجي (Wells & King,2008). كما أظهرت تجربة علاجية عشوائية للعلاج ما وراء المعرفي في مقابل الاسترخاء التطبيقي "Applied Relaxation"بطريقة مشابهة حدوث تغيرات في درجاتهم على قائمة الأفكار المقلقة (AnTI) متوافقة مع أنماط التغير الملحوظة في المقاييس التحصيلية الأخرى كدراسة (Wells et al,2008).

د-الإحصائيات الوصفية للمجموعات المعيارية"**Standard Sample Statistics**":-

لقد تم تقنين المقياس الأصلي بتطبيقه على نطاق واسع من الطلاب (ن=٢٣٩) سواء الأسوياء أو المضطربين انفعالياً مع عرض الإحصائيات للمتوسطات و الانحرافات المعيارية للمقاييس الفرعية لقائمة الأفكار المقلقة (AnTI) في الجدول رقم (١٠) الذي يوضح الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس والاضطرابات المتباينة: المتوسط (الانحراف المعياري) في هذه المجموعات المعيارية.

جدول (١٠)

"المتوسطات والانحرافات المعيارية بين الأبعاد الفرعية لقائمة الأفكار المقلقة، والاضطرابات الانفعالية"

الأبعاد / المجموعة	قلق اجتماعي	قلق حول الصحة	ما وراء القلق
الطلاب (ن = ٢٣٩)	١٨,١(٤,٥)	٨,٨(٢,٨)	١١,٣(٣,٢)
غير المرضى (ن = ٢٤)	١٧,٥(٤,٦)	١٠,٠(٣,٣)	١٢,٨(٣,٨)
القلق المعمم (ن = ٢٤)	٢٤,٠(٥,١)	١٤,٣(٣,٦)	١٩,٧(٣,٩)
الفوبيا الاجتماعية(ن = ٢٤)	٢٤,٩(٥,٧)	٩,٢(٢,٧)	١٥,٥(٤,٥)
الفزع (ن = ٢٤)	١٨,٠(٣,٨)	١٥,٥(٥,٦)	١٥,٧(٤,٦)
الاكتئاب الحاد(ن = ٢٤)	٢٤,١(٦,٥)	١١(١٤,٤)	١٨,٠(٣,٧)

ه-البناء العاملي"**Factor Structure**":-

تم تحسين قائمة الأفكار المقلقة عبر سلسلة من التحاليل العاملية في عينات من مرضى القلق و الأسوياء حيث أشتمل المقياس الأصلي على عبارات لقياس نطاق عريض من أبعاد المحتوى متضمنة أبعاد تم تعيينها في المقياس الأصلي و أوضحت التحاليل العاملية بإمكانية اختصار الأبعاد المرضية للقائمة إلى ثلاثة:القلق الاجتماعي ،والقلق حول الصحة ،و ما وراء القلق.

و-الثبات "**Reliablity**":-

طريقة ألفا كرونباخ"Alpha Cronbach"

تم تحقيق درجات مرتفعة لمعاملات ألفا "Alpha Coefficients" في دراسة (Wells,1994):(٠,٨٤) للقلق الاجتماعي ،و(٠,٨١) للقلق الصحي، و(٠,٧٥) لما وراء القلق.تحصل المقياس على درجة ثبات مرتفعة بطريقة أعادة الاختبار عن طريق

علاقات ارتباطية قوية بين أبعاد المقياس الفرعية:(٠,٧٦) للقلق الاجتماعي،و (٠,٨٤) للقلق الصحي، و(٠,٧٧) لما وراء القلق.

ز-الصدق"Validity":-

الصدق البنائي"Structure Validity":-

يعتبر الانزعاج المكون المعرفي لاضطرابات القلق حيث يفترض وجـود ارتبـاطاً ايجابي مع مقاييس القلق الأخرى؛ فتم تعيين الارتباطات بين المقاييس الفرعية لعوامـل القلق الاجتماعي والقلق حول الصحة وسمة القلق في قائمة الأفكار المقلقة (AnTI-22) مع مقياس (Wells,1994) و كانت النتائج كما يلي: (٠,٦٣) للقلق الاجتماعي؛(٠,٣٦) للقلق الصحي؛ (٠,٦٨) لما وراء القلق.

الصدق التميزي "Discriminate Validity":-

لقد ميزت الأبعاد الفرعية لقائمة الأفكار المقلقة(AnTI) بين المجموعات التشخيصية حيث أظهر بُعد ما وراء القلق درجة صدق مرتفعة في عينات من المرضى المـوافقين للمعايير التشخيصية (DSM-IV) لاضطراب القلق المعمـم "GAD" بالمقارنـة مـع مجموعات المرضى من ذوي اضطراب الفزع"Panic" و الفوبيا الاجتماعية " Social Phobia"و الأسوياء من غير المرضى.وكما كان متوقعاً وجد ارتفاعاً في درجة القلـق حول الصحة في مجموعة مرضى الفزع، درجة القلق الاجتماعي في مرضى الفوبيـا الاجتماعية؛لكن لم يتباين المرضى باضطراب القلق المعمم"GAD"عن المجمـوعتين الأخريين على المقاييس الفرعية لكـل مـن القلـق الاجتمـاعي و الـصحي بـشكل كبير(Wells & Carter,2001).

٢-خطوات تعريب قائمة الأفكار المقلقة(AnTI-22) Anxious Thought Inventory:

من أجل تعريب و تقنين قائمة الأفكار المقلقة و التحقق من كفاءتها، قـام الباحـث بالعديد من الخطوات:-

(أ) ترجمة المقياس إلى اللغة العربية.

(ب) عرض الصورة الأولية للمقياس على بعض أساتذة علم النفس لمعرفـة آرائهـم حول مدى ارتباط العبارات بالأبعاد التـي تنـدرج تحتهـا(البُعـد المعرفـي و البُعـد الاجتماعي)، ومدى ارتباطها بالمقياس ككل و إبداء آرائهم في حسن صياغة العبارات.

(ج) تعديل الصورة الأولية لعبارات المقياس و حذف بعض العبارات في ضوء آراء وتوجيهات السادة المحكمين.

(د) تطبيق المقياس على عينة صغيرة من طلاب الفرقة الرابعة بكلية التربيـــة (٥) طلاب كدراسة ما قبل استطلاعية للتأكد من عدم وجود مشكلات في عبارات المقيـــاس التي تواجه المفحوصين في الدراسة الاستطلاعية.

(هـ) تطبيق المقياس بعد إجراء التعديلات على عينة استطلاعية بلـــغ قوامهـــا (٦٠) طالباً و طالبة للتحقق من صدق المقياس و ثباته.

٣-الخصائص السيكومترية لقائمة الأفكار المقلقة المُعربة(AnTI-22):-

أ- الثبات"Reliability":-

(ألفا كرونباخ – إعادة تطبيق الاختبار)

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباج و أسلوب إعادة الاختبار للتحقق من ثبات قائمة الأفكار المقلقة(AnTI-22)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠,٨٨٤**)وهي قيمة دالـــة على ثبات المقياس.كما استخدم الباحث أسلوب إعادة تطبيـــق الاختبـــار علـــى العينـــة الاستطلاعية التي بلغ عددها(٦٠ طالب و طالبة) بفاصل زمني مقداره ثلاثة أســـابيع؛ وبلغ معامل الارتباط بين درجات الطلاب في التطبيقين(٠,٨٤٨**) وهي قيمة دالة عند مستوى (٠,٠١)وهذا مؤشر على أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

الاتساق الداخلي "Internal Consistency":-

بعد تطبيق الصورة الأولية للمقياس على العينة الاستطلاعية البالغ عددها(٦٠) طالب وطالبة وتصحيحها وتفريغ استجابات أفراد العينة على المقياس مع تحديد الدرجة الكلية لكل فرد ودرجته الكلية على كل بُعد من الأبعاد الثلاثة الفرعية:ما وراء القلق ،والقلـــق الاجتماعي،و القلق المرضي بغرض التحقق من تجانس المقياس داخلياً باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بحساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات العينة على كل عبـــارة ومجموع درجاتهم على البُعد التي تندرج تحته ماعداها وكذلك المقياس ككل. يوضـــح جدول(١١) معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل عبارة وكل من الدرجة الكليـــة للبُعد و الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (١١)

"معاملات الارتباط بين عبارات قائمة الأفكار المقلقة والمجموع الكلي للأبعاد و للمقياس ككل"

أرقام عـبـارات كـل بُعـد	الارتباط بالبُعـد	الارتباط بالمقياس
(البعد الأول):"ما وراء القلق"		
• العبارة رقم (٣)	٠,٦٦٤**	٠,٥٧٧**
• العبارة رقم (٦)	٠,٦٩١**	٠,٥٥٥**
• العبارة رقم (١١)	٠,٧٠٥**	٠,٦٣٩**
• العبارة رقم (١٣)	٠,٥٩٨**	٠,٣٩٩**
• العبارة رقم (١٦)	٠,٧١١**	٠,٥٣٦**
• العبارة رقم (١٨)	٠,٦١٦**	٠,٥١٥**
• العبارة رقم (٢١)	٠,٦٩٧**	٠٤٧٥**
• العبارة رقم (٢٢)	٠,٧٨٢**	٠,٥٧٥**
(البعد الثاني):"القلق الاجتماعي"		
• العبارة رقم (١)	٠,٤٢٠**	٠,٤٤٢**
• العبارة رقم (٢)	٠,١١١	٠,١٤٢
• العبارة رقم (٨)	٠,٥٤٤**	٠,٥٢٠**
• العبارة رقم (٩)	٠,٤٤١**	٠,٥١٧**
• العبارة رقم (١٢)	٠,٤٦٦**	٠,٤٧٩**
• العبارة رقم (١٤)	٠,٤٠٢**	٠,٣٢١*
• العبارة رقم (١٧)	٠,٥٦٦**	٠,٤٤٨**
• العبارة رقم (٢٠)	٠,٤٤٩**	٠,٤١٤**
(البعد الثالث):"القلق حول الصحة"		
• العبارة رقم (٤)	٠,٥٠٥**	٠,٣٩٢**
• العبارة رقم (٥)	٠,٤٥٦**	٠,٤٤٢**
• العبارة رقم (٧)	٠,٣٤٩**	٠,١٩٢
• العبارة رقم (١٠)	٠,٣٧٦**	٠,٤١٤**
• العبارة رقم (١٥)	٠,٣٧٦**	٠,٢٥٠
• العبارة رقم (١٩)	٠,٥٣٦**	٠,٤٥٤**

اعتماداً على معاملات الارتباط بين عبارات قائمة الأفكار المقلقة و الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية للمقياس ككل قام الباحث بحذف العبارة رقم(٢):"اعتقد أني فاشل اجتماعياً"،كما قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية لقائمة الأفكار المقلقة(AnTI-22) في جدول(١٢)

جدول(١٢)

"معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبُعد و الدرجة الكلية لقائمة الأفكار المقلقة"

البعد	ما وراء القلق	القلق الاجتماعي	القلق حول الصحة
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٧٨٢**	٠,٨٣٤**	٠,٧٣٨**

** دال عند مستوى (٠,٠١)

ب- الصدق"Validity":-

الصدق المنطقي"Logical Validity":-

من أجل إعداد هذا المقياس و تطبيقه في الدراسة الحالية قام الباحث بترجمة المقياس ومراجعة عباراته لغوياً مع عرض الصورة الأولية للمقياس على مجموعة من المحكمين ضمت بعض أعضاء هيئة التدريس تخصص صحة نفسية في بعض الجامعات المصرية وذلك لإبداء آرائهم في عدد من النقاط:-

(أ) مدى ارتباط العبارة بالبعد الذي تندرج تحته.

(ب) مدى ارتباط العبارة بالمقياس ككل.

(ج) مدى ملائمة العبارة من حيث الصياغة.

و يوضح جدول (١٣) نسبة موافقة المحكمين على عبارات قائمة الأفكار المقلقة(AnTI-22)

جدول (١٣)

"نسبة موافقة المحكمين على عبارات قائمة الأفكار المقلقة"

رقم	% م	% م.ب.ت	رقم	% م	% م.ب.ت	رقم	% م	% م.ب.ت
١	%٧٣	--	٩	%٨٢	--	١٧	%٨٢	--
٢	%٦٤	--	١٠	%٧٣	--	١٨	%٨٢	--
٣	%٦٤	--	١١	%٨٢	--	١٩	%٨٢	--

رقم	% م	% م.ب.ت	رقم	% م	% م.ب.ت	رقم	% م	% م.ب.ت
٤	%٤٥	١٠	١٢	%٩١	--	٢٠	%٨٢	%٩
٥	%٧٣	--	١٣	%٥٥	--	٢١	%٥٥	--
٦	%٧٣	%١٠	١٤	%٤٥	%١٠	٢٢	%٧٣	--
٧	%٧٣	--	١٥	%٦٤	--	--	--	--
٨	%٧٣	--	١٦	%٨٢	--	--	--	--
م= موافقة				م.ب.ت = موافقة بعد التعديل				

ثم عرض الصورة الأولية من المقياس (٢٢)عبارة على عينة من طلاب الفرقة الثالثة شعبة اللغة الانجليزية(٥)طلاب للتيقن من عدم وجود أيه مشكلات في فهم العبارات أو لتعليمات الخاصة بالمقياس.

الصدق التلازمي"Convergent Validity":-

لقد أرتبط هذا المقياس ايجابياً مع مقياس بين ستيت للانزعاج الباثولوجي(PSQW).كما أستخدم (Wells & Papageorgiou,1998) بُعدين من أبعاد المقياس الحالي حيث أثبت وجود علاقات ارتباطيه مرتفعة:(٠,٥٨) للبُعد الاجتماعي؛ (٠,٤٠) للبُعد الصحي. أختبر (Wells,2005) العلاقات الارتباطية بين المقاييس الفرعية لعبارات المقياس واستبيان ما وراء القلق(MWQ)حيث تراوحت الارتباطات الفرعية بين مقياس ما وراء القلق وكل عبارة من عبارات القائمة من (٠,١٨) إلى (٠,٦٤).كما أرتبط المقياس الفرعي لما وراء القلق بشكل ايجابي مع استبيان ما وراء القلق (MWQ) كما كان متوقعاً.

يوضح جدول رقم(١٤) أبعاد الصورة لقائمة الأفكار المقلقة وأرقام عبارات كل بعد.

جدول(١٤)

"أبعاد الصورة النهائية لقائمة الأفكار المقلقة، و عبارات كل بُعد"

م	الأبعاد	عبارات كل بُعد	عدد العبارات
١	**ما وراء القلق**	٢-٥-١٠-١٢-١٥-١٧-٢٠-٢١	٨
٢	**قلق التفاعل الاجتماعي**	١-٧-٨-١١-١٣-١٦-١٩	٧
٣	**قلق التحدث العلني**	٣-٤-٦-٩-١٤-١٨	٦

ب- كفاءة أدوات الدراسة العلاجية "البرنامج العلاجي ":-

(١) مقدمة البرنامج:-

يتمثل الهدف العام من البرنامج العلاجي الحالي لمحاولة تطبيق الفنيات والاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية التي تحسن خبرات المتعالج في دحض وتفنيد المعتقدات والأفكار المختلة المتعلقة باضطراب الفوبيا الاجتماعية على عينة من الطلاب المعلمين بالتالي تحجيم الاستراتيجيات و السلوكيات المرضية اللاتوافقية في جو من الثقة والقناعة والآمان.فلم يعد يكفي تزويد المتعالج بالاستراتيجيات و الفنيات العلاجية وتذكيره بها لتحقيق الأهداف الإجرائية للبرنامج بل لابد من تكوين الاتجاهات الايجابية لديه نحو البرنامج العلاجي وإثارة دافعتيه ليبذل الجهد المطلوب منه وفق إمكانياته في جو من الاحترام لخبراته وقدراته مع تشجيعه على ذلك وفق منهج علمي وأسلوب عملي مخطط يعده المعالج و يعمل على تنفيذه في ضوء توجيهات و إرشادات محددة.يضاعف هذا الجانب من مسؤولية المعالج تجاه المتعالج بشكل يستلزم منه تعريف أفراد العينة العلاجية بالاستراتيجيات و الفنيات ما وراء المعرفية سواء اللفظية أو السلوكية مع تنويع أساليب تطبيقها لتكون قادرة على إثارة دافعية أفراد العينة العلاجية لتحقيق الهدف العلاجي المنشود.

يتطرق الباحث في هذا الإطار إلى ما يعانيه العديد من الطلاب المعلمين من صعوبات في أداء الممارسات التربوية أثناء إلقائهم لمحاضراتهم و دروسهم في حصص التربية العملي(طلاب الفرقة الثالثة و الرابعة بكلية التربية جامعة أسيوط) التي تظهر في صورة أعراض و علامات التوتر و القلق كزيادة ضربات القلب و احمرار الوجه والتعرق والتحفظ عند التحدث أو المناقشة أمام زملائه أو تلاميذه مع تجنب التحدث أمام الآخرين.يجب التأكيد هنا على أن ذوي الفوبيا الاجتماعية على دراية كاملة بأن كل الأعراض التي تناوبهم أثناء تعرضهم للمواقف الاجتماعية مبالغ فيها وليس لديها أسباب حقيقية لحدوثها.تصل نسبة احتمال الإصابة بالفوبيا الاجتماعية إلى نحو (١٣%) من البشر (محمد عبد الله شاووش، ٢٠١٠، online sehha.com) حيث تعيق جميع تلك الأعراض والسمات اللاتوافقية المعلم عن الوفاء بمهمته التربوية مع إبراز التأثيرات النفسية الانعكاسية الحادة بحيث تجعله غير قادر على الوفاء بأداء مهمته التربوية وبمتطلبات عمله كونه معلماً(sehha.com online).

يهدف البرنامج العلاجي الحالي أيضاً للتخلص من القلق والمخاوف الاجتماعية المتمثلة في الأعراض السلوكية و الجسمية و كذلك الفسيولوجية عند التعرض لمواقف اجتماعية مزعجة بتعليم المتعالج وتدريبه على دحض و تفنيد الأفكار و المعتقدات ما وراء المعرفية المحفزة لاضطراب الفوبيا الاجتماعية بشكل يؤدي لإيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية (CAS)المرتبطة بترقب الأخطار والتهديدات الاجتماعية و تأثير تلك المخرجات على صورة الذات السلبية بتطبيق استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني "Detached Mindfulness Techniques" لمحاول فصل الصورة السلبية للذات عن المحيط السلبي المعايش مع صياغة عدد من التوقعات والافتراضات للمعتقدات ما وراء المعرفية السلبية المتعلقة بالمخرجات والنتائج السلبية وعوامل الأداء السلبي ومسئولية الذات تجاه العواقب و المخرجات السلبية في مواقف الأداء الاجتماعي وما يصاحبها من مشاعر و استراتيجيات وسلوكيات و تصرفات لا توافقية.

يعتمد البرنامج العلاجي على فنية التدريب على الانتباه" Attention Training Technique"؛وهي إستراتيجية سماعية تعمل على زيادة التوافق النفسي نظراً لاعتمادها أساسها النظري على تأثيرات مناقضة لتأثيرات العمليات و الاستراتيجيات اللاتوافقية.تؤكد منطقية التدريب على الانتباه ليس على مجرد توجيه الفرد نحو عقل فارغ بعيداً عن الخبرات الداخلية التطفلية فقط و لكن أيضاً تحجيم أساليب الكبح النشط للأفكار(Wells,2009,59)بحيث يؤدي التدريب الانتباهي لتأثير علاجي مضاعف اعتماداً على إيقاف أنشطة المعالجة التحفظية أثناء حدوث الاستجابات الانفعالية والجسدية للفوبيا الاجتماعية على الأخص المتعلقة بعناصر الانزعاج و الاجترارات الفكرية (Wells ,2000 ,140).

كما يدرج الباحث فنيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه(SAR)" Situational Attention Refocusing Techniques" في البرنامج العلاجي باعتبارها أساليب علاجية مصممة لعكس الاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية التي يتبناها الفرد في سياق مليء بالضغوط (Wells & Papageorgiou,1998) حيث تتباين أنماط الاستراتيجيات الانتباهية بين أفراد العينة العلاجية في العديد من الاضطرابات الانفعالية إلا إن بعض هذه الاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية تمنع الشخص من تصويب معرفته الذاتية.تتضمن الاستراتيجيات الانتباهية المختلة بشكل نموذجي كل من التركيز الذاتي

البالغ و المراقبة غير الملائمة للتهديد في اضطراب الفوبيــا الاجتماعيــة(Fisher & Wells,2009 ,107).

(٢) مصادر أعداد البرنامج:-

قام الباحث ببناء هذا البرنامج استناداً إلى النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الــذات "S-REF(Self-Regulatory Executive Function Model "(Wells & Matthews,1994, 1996) حيث عرض الباحث الصورة الأوليــة للبرنــامج علــى مجموعة من السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات المصرية بقــسم علم النفس التربوي تخصص صحة نفسية لإبداء آرائهم في البرنامج بغرض تحــسينه، مع الاعتماد في بناء البرنامج على عدة مصادر منها:

١- كتابات "ادريان ويلز"(Adrian Wells) حيث تم الاعتماد علــى العديــد مــن الدراسات و الكتب الموضحة الطبيعة والنظرية العلاجيــة مــا وراء المعرفيــة فــي الاضطراب النفسي متضمناً النموذج الوظيفي التنفيــذي لتنظــيم الــذات للعديــد مــن الاضطرابات الانفعالية باعتباره مدخل مستحدث في مجــال علــم الــنفس العلاجــي "Psychotherapy".

٢- الدراسات التحليلية و التجريبية المتعلقة بنماذج و جوانب العمليــات المعرفيــة الحادثة في اضطراب الفوبيا الاجتماعية المفسرة لطبيعة الاضطراب الانفعالي و جوانب التدخل العلاجي المتاح تطبيقها لعلاج هذا الاضطراب.

٣- الدراسات التي توضح اتجاهــات وعمليــات وخطــوات معالجــة المعلومــات الاجتماعية في فترة المراهقة وعلى الأخص في مرحلة المراهقة المتأخرة وهي تمثــل الفئة المستهدفة من البرنامج العلاجي من الطلاب المعلمين.

٤- العديد من الدراسات العلاجية التجريبية التي أدرجت فنيــات و اســتراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني و إعادة التركيز الموقفي للانتباه و التدريب الانتباهي في بــرامج علاجية لاضطرابات نوعية متباينة.

(٣) أهمية البرنامج:-

تتضح أهمية البرنامج العلاجي الحالي في تحسين قدرة أفراد العينة العلاجيــة مــن الطلاب المعلمين على التواصل مع الآخرين بكل ثقة و احترام بحيث يمتلكون القــدرة على القيام بمتطلبات العمل التربوي مع تعويدهم على الجراءة و المبادأة بدون قلــق أو توتر من خلال جلسات علاجية معتمدة بشكل مباشر على استراتيجيات و فنيات علاجية

ما وراء المعرفية على اعتبار أن الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية تمثل اتجاه و مدخل حديث في علم النفس العلاجي؛ بالتالي تتحدد أهمية البرنامج العلاجي في النقاط التالية:-

١- زيادة احترام الطلاب المعلم لذاته و قدرته على التواصل مع الآخرين دون قلق أو توتر أو خوف في صدد التخلص من المعتقدات اللاتوافقية المختلة التي يعتقدها.

٢- تنمية قدرة الطالب المعلم على التعامل مع الآخرين و احترامهم و تعويدهم على مواجهة المواقف الاجتماعية من خلال الاحتكاك المباشر بالآخرين و التعامل مع الجنس الآخر بكل احترام و بدون قلق أو توتر.

٣- مساعدة الطالب المعلم بتزويده بنظرة ايجابية حول ذاته مع تنمية قدرته على التعبير عن نفسه و رأيه في جو من الأمن و التقبل و الراحة مع التعبير عن ذاته ورغباته و ميوله دون توتر أو خوف.

٤- مساعدة الطالب المعلم على القيام بالعديد من المواقف والتصرفات الاجتماعية الشائعة كحضور المناسبات الاجتماعية أو التحدث مع الجمهور أو القيام بالمهام العلنية كالأكل أو الشرب أمام الآخرين.

(٤) عناصر البرنامج:-

يشتمل البرنامج العلاجي الحالي على عدة عناصر تم تحديدها في النقاط التالية:١)أهداف البرنامج ،٢)العناصر الإجرائية للبرنامج ،٣)مراحل تنفيذ البرنامج ،٤)الفئة المستهدفة من البرنامج ،٥)حدود تنفيذ البرنامج ،٦)محتوى البرنامج العلاجي(الأدوات التشخيصية و الأساليب و الفنيات العلاجية) ،وأخيراً يدرج الباحث ٧)مخطط تفصيلي يوضح جلسات البرنامج العلاجي بخطواتها الإجرائية.

(٥) أهداف البرنامج:-

- الهدف العام

يتمثل الهدف الأساسي للبرنامج العلاجي في خفض اضطراب الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط بتعليم و تدريب أفراد العينة العلاجية على تطبيق و تنفيذ استراتيجيات ما وراء معرفة بالتدريب على عمليات تركيز جوانب الانتباه مع التخلي عن الاستراتيجيات و السلوكيات المختلة المعززة للاضطراب الانفعالي{يتم تحقيقه في ضوء الأهداف الفرعية أرقام (١، ٢، ٣، ٤)}؛ بالتوازي مع إيقاف أو على الأقل تحجيم عمل المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية (CAS){يتم

تحقيقه في ضوء الأهداف الفرعية أرقام (٥،٦ ، ٧، ٨)} وأخيراً يستهدف البرنامج العلاجي دحض وتفنيد المكون ما وراء المعرفي المختل لاضطراب الفوبيا الاجتماعية المتمثل في أبعاد خمسة تتعلق بجوانب: ١) جدوى الانزعاج و الاجترار الفكري و فائدته في تجاوز المواقف والتصرفات الاجتماعية المخيفة؛٢) موضوعات اللاتحكمية والخطورة الفكرية لمحفزات الفوبيا الاجتماعية وعواقبها الشخصية أو الاجتماعية ؛٣) مسئولية الذات عن حدوث المخرجات و العواقب السلبية و أيضاً جوانب التشاؤم "توقع حدوث السوء في المواقف والأحداث الاجتماعية المخيفة"؛٤) الكفاءة الإدراكية وضعف القدرة على الانتباه والاسترجاع من الذاكرة "الثقة في العمليات المعرفية و الانتباهية أثناء المواقف و الأحداث الاجتماعية المهددة"؛٥) الإدراك الذاتي السلبي "الصورة السلبية للذات"؛يتم تحقيقه في ضوء الهدف الفرعي رقم (٩)}.

- الأهداف الفرعية

قام الباحث بتفصيل الهدف الأساسي للبرنامج لعدد من الأهداف الفرعية ؛وهي:-

(١) تعريف أفراد العينة العلاجية باضطراب الفوبيا الاجتماعية و أنماطه و أعراضه وسماته التشخيصية و أساليبه العلاجية.

(٢) تعريف أفراد العينة العلاجية بأسباب و عوامل نشوء الفوبيا الاجتماعية سواء كانت عوامل متعلقة بالتنشئة الاجتماعية داخل الأسرة أو الجانب البيئي و المدرسي المحيط و أثره في نشأة و استمرار هذا الاضطراب .

(٣) تعريف و تلخيص الأطر و النماذج العلاجية التي عملت على تفسير اضطراب الفوبيا الاجتماعية في ضوء النماذج المعرفية المفسرة لطبيعة الاضطراب الانفعالي الأكثر شيوعاً.

(٤)توعية أفراد العينة العلاجية بالآثار السلبية المترتبة على اضطراب الفوبيا الاجتماعية سواء داخل نطاق الأسرة أو في أماكن الدراسة مع بيان الأثر السلبي على المستقبل المهني للمعلم و تطوره المهني.

(٥)تعريف أفراد العينة العلاجية بالنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات وكذلك دور المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) في نشأة هذا الاضطراب الانفعالي.

(٦)مساعدة أفراد العينة العلاجية للتخلي عن السلوكيات و الاستراتيجيات اللاتوافقية المدعمة للاضطراب الانفعالي في جو من الثقة و الاحترام.

(٧)تدريب أفراد العينة العلاجية على عمليات التركيز الانتباهي و الذاكرة بتنفيذ فنيات التدريب على الانتباه سواء في المواقف و الأحداث الاجتماعية المخيفة ذات المضمون المهدد أو في الظروف المحايدة.

(٨)إيقاف و تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ العديد من التجارب التعرضية و السلوكية.

(٩)مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية متضمنة فنيات تجزئة التيقظ الذهني لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة المتمثلة في عناصر:

- دحض و تفنيد المعتقدات المختلة المتعلقة بالذات"التقييم السلبي للذات".
- دحض و تفنيد المعتقدات و التقييمات الذاتية المتعلقة بجدوى و فائدة القلق في تخطي و تجاوز المواقف المخيفة.
- دحض و تفنيد المعتقدات و التقييمات الذاتية السلبية العامة المتعلقة بالحاجة للتحكم في الأفكار و المتمثلة في جوانب التشاؤم من وقوع الناتج السلبي وكذلك المسئولية عن حدوث العواقب السلبية في المواقف والتفاعلات الاجتماعية.
- دحض و تفنيد المعتقدات و التقييمات السلبية المتعلقة بعدم القدرة على التحكم أو السيطرة على الأفكار و خطورة ضرر تلك الاجترارات الفكرية سواء على العقل والجسم.
- دحض وتفنيد المعتقدات السلبية المتعلقة بضعف الثقة في عمليات الانتباه والذاكرة في المواقف الاجتماعية المهددة أو أثناء القيام بالسلوكيات والمواقف التفاعلية.

(ب)العناصر الإجرائية للبرنامج :-

يرتكز البرنامج العلاجي لاضطراب الفوبيا الاجتماعية على عناصر إجرائية تستهدف دحض وتفنيد المكون اللاتوافقي ماوراء المعرفي بتطبيق الفنيات والاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللفظية و السلوكية مع إيقاف و إزالة المتلازمة المعرفية الانتباهية المختلة (CAS)اعتماداً على فنيات التدريب على الانتباه و إعادة التركيز الموقفي للانتباه والتجارب السلوكية مع استبدال السلوكيات و الاستراتيجيات الغير مجدية و التصرفات اللاتوافقية بأخري أكثر توافقية؛من المفترض بالتالي اشتمال البرنامج العلاجي لاضطراب الفوبيا الاجتماعية على العناصر الإجرائية التالية:-

أ) استخدام نموذج شامل لصياغة حالة الفوبيا الاجتماعية.

ب) التوفيق الاجتماعي لدور المتلازمة المعرفية الانتباهية في نشوء وتعزيز المشكلة الانفعالية لدى المتعالج.

ج) التدريب على تجزئة التيقظ الذهني (DM)" Detached Mindfulness Technique"، و التدريب على الانتباه (ATT)"Attention Training Technique".

د) إزالة عناصر الانزعاج و الاجترار الفكري اللاتوافقي تجاه المواقف والتصرفات الاجتماعية.

ه) إزالة عنصر مراقبة التهديد الانتباهي اعتماداً على فنيات التعرض ما وراء المعرفي"أساليب إعادة التركيز الموقفي للانتباه"(SAR) " Situational Attention Refocusing Techniques".

و) إزالة استراتيجيات المواجهة اللاتكيفية للاضطراب مع تدعيمها باستراتيجيات لمنع الانتكاس.

ز) إزالة أشكال التفكير التحفظي مع إيجاد بدائل مجدية من عمليات الانتباه والمعالجة اللاتوافقية.

(ج) مراحل تنفيذ البرنامج:-

يمكن صياغة البرنامج العلاجي الحالي ككيان متسلسل محدد بعدد من المراحل المتتابعة؛ فيتباين محتوى الجلسات اعتماداً على عوامل تتعلق بكل من المتعالج و في نفس الوقت مهارات و سمات المعالج الشخصية:تشتمل العوامل الخاصة بالمتعالج مستوى الاستبصار و الدافعية لديهم بأنماط معالجة المعلومات الاجتماعية و ما يطرأ على أذهانهم من تطفلات فكرية و أيضاً درجة التزامهم بتنفيذ التكليفات المنزلية.اعتمد الباحث علي هذه الجوانب عند اختيار العينة العلاجية - الطلاب المعلمين بالفرقة الثالثة والرابعة بكلية التربية جامعة أسيوط ممن تتراوح أعمارهم من (١٨)- (٢٢) عام ؛بينما تتضمن العوامل الخاصة بالمعالج مستوى المهارة و الخبرة في تنفيذ إجراءات العلاجي.يشتمل البرنامج العلاجي من حوالي إحدى عشرة جلسة علاجية يستغرق تنفيذ الجلسة العلاجية من (٩٠)- (١٢٠) دقيقة حيث قام الباحث بتحديد مراحل البرنامج العلاجي في الخطوات التالية:

أ) صياغة الحالة العلاجية.

ب) إجراءات التوفيق الاجتماعي مع المعتقدات ما وراء معرفية الأكثر تحفيزاً الفوبيا الاجتماعية.

ج) تضمين الحالة ما وراء معرفية"الانتقال لهيئة ما وراء معرفيـة مـن الانتبـاه والمعالجة".

د) مواجهة و تفنيد معتقدات الوعي الذاتي السلبي (الإدراك الذاتي السلبي).

ه) مواجهة و تفنيد المعتقدات السلبية العامة (المعتقدات المتعلقة بمسئولية الذات عن حدوث المخرجات والعواقب غير المرغوبة في مواقف التفاعل الاجتماعي في ضوء ما تم القيام به من سلوكيات أو تصرفات).

و) مواجهة و تفنيد المعتقدات السلبية العامة (المتعلقة بحتمية وقوع التقييم الـسلبي من قبل الآخرين/توقع السوء).

ز) مواجهة و تفنيد معتقدات الكفاءة الإدراكية السلبية (ضعف الثقة فـي عمليـات الانتباه و الذاكرة).

ح) مواجهة و تفنيد معتقدات ضعف القدرة على السيطرة على الأفكـار المتطفلـة وبخاصة في مواقف الأداء الاجتماعي؛ وكذلك المعتقدات المتعلقـة بخطـورة الفوبيـا الاجتماعية سواء على العقل أو الجسم.

ط) مواجهة و تفنيد معتقدات القلق الايجابي و جدواه فـي المواقـف و المناسـبات الاجتماعية.

ي) تدعيم خطط جديدة بديلة للسلوكيات و التصرفات الاجتماعية اللاتوافقية.

ك) تطبيق إستراتيجية لمنع الانتكاس.

(د) الفئة المستهدفة من البرنامج:-

يطبق هذا البرنامج على مجموعه تجريبية واحدة من الطلاب المعلمـين- طـلاب الفرقتين الثالثة والرابعة بكلية التربية جامعة أسيوط ممن تتراوح أعمارهم ما بين(١٨) و(٢٢)عام الذين يتحصلون على درجات مرتفعة علـى مقيـاس الفوبيـا الاجتماعيـة لـ/ليبوتز(LSPS) التي تدل على معاناتهم من اضطراب الفوبيا الاجتماعية في مواقف التفاعل الاجتماعي سواء من حيث ضـعف الأداء أو صـعوبة التفاعـل الاجتمـاعي. بالتوافق مع تحصلهم على درجات مرتفعة على بُعد القلق الاجتماعي في قائمة الأفكـار المقلقة(AnTI) بإبعادها: ما وراء القلق"Meta-Worry" ،والقلق الاجتمـاعي" Social Anxiety"،والقلق حول الصحة"Health Anxiety").قـام الباحـث بتعريـب هـذين المقياسين من ثم تدل الدرجات المرتفعة المتحصل عليها على مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ/ليبوتز(LSPS)على المعاناة من الفوبيا الاجتماعية "Social Phobia " التي تظهـر

في صورة قصور حاد في التفاعلات الاجتماعية سواء مع أقرانهم و أساتذتهم ومحاضريهم داخل الكلية أو مع تلاميذهم في حصص التربية العملية مع ضعف مهارات التفاعل الاجتماعي بشكل عام.استعان الباحث بالإضافة إلى المقياسين السابقين بمقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30) لمعرفة اثر البرنامج العلاجي على المكون ما وراء المعرفي اللاتوافقي لاضطراب الفوبيا الاجتماعية متضمناً خمسة أبعاد:معتقدات القلق الايجابي" Positive Worry Beliefs"،و المعتقدات السلبية المتعلقة باللاتحكمية والخطورة الفكرية "Negative Beliefs About Uncontrollability & Danger"،ومعتقدات الكفاءة المعرفية (ضعف الثقة في عمليات الانتباه و الذاكرة) "Beliefs About Cognitive Competence"،و المعتقدات السلبية العامة متضمنة الحاجة للتحكم (المتعلقة بالمسئولية و العقاب و التشاؤم و غيرها)" General Negative Beliefs"،و معتقدات الوعي الذاتي-المعرفي (الإدراك الذاتي السلبي)" Cognitive Self-Consciousness".

(ه) حدود تنفيذ البرنامج:-

- الحدود البشرية

تم تطبيق البرنامج على مجموعة واحدة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط - مجموعة تجريبية مفردة من (٦) طالبات بالفرقة الثالثة و الرابعة - في ضوء أدوات الدراسة السيكومترية قبل و أثناء وبعد تنفيذ جلسات البرنامج ، وكذلك في فترة المتابعة -بعد مرور شهرين على الانتهاء من البرنامج العلاجي -لمعرفة جدوى البرنامج العلاجي ومدى تحقيقه لأهدافه.

- الحدود الزمنية

يتم تنفيذ البرنامج في مدة تتراوح من (٣) إلى (٤) أسابيع بواقع ثلاث جلسات كل أسبوع بخلاف الأسبوع الرابع يكون بواقع جلستين ليصبح إجمالي عدد الجلسات (١١) أحدى عشرة جلسة مدة كل منها (٩٠) إلى(١٢٠) دقيقة.

- الوسائل المستخدمة

سبورة بيضاء مع أقلام ملونة غير ثابتة - جهاز راديو - مشغل أغاني"MP3" - مصدر صوتي متعدد النغمات

(و) محتوى البرنامج:-

يعتمد البرنامج العلاجي الحالي بشكل أساسي على تطبيق فنيات و استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي لمواجهة و تفنيد لمعتقدات ما وراء معرفية المختلة كفنيات واستراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني(Detached Mindfulness Techniques)و فنية التدريب على الانتباه(Attention Training Technique) بالإضافة إلى الأساليب والتجارب التعرضية السلوكية لتحجيم و إيقاف المتلازمة المعرفية الانتباهية كأساليب إعادة التركيز الموقفي للانتباه (Situational Attentional Refocusing Techniques "SAR") والمتمثلة في بروتوكول (PETS) للتعرض ما وراء المعرفي وأساليب إعادة العزو السلوكي(التعرض مع منع الاستجابة).

يوضح جدول رقم (١٥) مخطط عام لجلسات البرنامج العلاجي بأهدافها الخاصة وفنياتها و استراتيجياتها العلاجية.

جدول (١٥)

مخطط عام لجلسات البرنامج العلاجي بأهدافها الخاصة و فنياتها و استراتيجياتها العلاجية

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الأولى	التعارف والتعريف بالبرنامج العلاجي مع البدء في صياغة الحالة العلاجية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية	• تعريف أفراد العينة العلاجية باضطراب الفوبيا الاجتماعية و أنماطه و أعراضه و سماته التشخيصية و أساليبه العلاجية. • تعريف أفراد العينة العلاجية بأسباب وعوامل نشوء الفوبيا الاجتماعية سواء كانت عوامل متعلقة بالتنشئة الاجتماعية داخل الأسرة أو الجانب البيئي و المدرسي المحيط و أثره في نشأة و استمرار هذا الاضطراب. • تعريف و تلخيص الأطر و النماذج العلاجية المفسرة لاضطراب الفوبيا الاجتماعية في ضوء النماذج المعرفية المفسرة لطبيعة الاضطراب الانفعالي الأكثر شيوعاً. • توعية أفراد العينة العلاجية بالآثار السلبية المترتبة على اضطراب الفوبيا الاجتماعية سواء داخل نطاق الأسرة أو في أماكن الدراسة مع بيان الأثر السلبي على المستقبل المهني للمعلم و تطوره المهني.	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • إعادة العزو السببي اللفظي • فقدان التحكم • التداعي الحر • التوجيه ما وراء المعرفي • مهمة النمر

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الثانية	صياغة الحالة العلاجية مع البدء في عمليات التوفيق الاجتماعي مع النموذج ما وراء المعرفي للفوبيا الاجتماعية	• تعريف أفراد العينة العلاجية بالنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات وكذلك دور المتلازمة المعرفية الانتباهية (CAS) في نشأة هذا الاضطراب الانفعالي. • مساعدة أفراد العينة العلاجية للتخلي عن السلوكيات و الاستراتيجيات اللاتوافقية المدعمة للاضطراب الانفعالي في جو من الثقة و الاحترام.	• المحاضرة و المناقشة • الحوار السقراطي • إعادة العزو السببي اللفظي • تجزئة التيقظ الذهني(التجول العقلي المقيد + التوجيه ما وراء المعرفي) • الكبح الفكري و الفكر المضاد • تأجيل القلق • الفصل أو التفكيك المعرفي(أحداث التنافر وتدعيمه+التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد) • التدريب على الانتباه

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الثالثة	**الاستمرار في عمليات التوفيق الاجتماعي مع النموذج العلاجي مع البدء في مواجهة معتقدات الوعي الذاتي السلبي**	• تدريب أفراد العينة العلاجية على عمليات التركيز الانتباهي في المواقف والأحداث الاجتماعية المخيفة ذات المضمون المهدد و كذلك في الظروف المحايدة. • مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية المتعلقة بالذات"الوعي الذاتي السلبي". • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة و المناقشة. • الحوار السقراطي. • إعادة العزو السببي اللفظي • التوجيه ما وراء المعرفي • التداعي الحر • مهمة النمر • التجول العقلي المقيد • استراتيجيات الفصل أو التفكيك المعرفي (استثارة التنافر و تدعيمه +التشكيك في الدليل مع البحث عن الدليل المضاد) • التدريب على الانتباه

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الرابعة	**مواجهة المعتقدات السلبية الذاتية"الوعي الذاتي السلبي" مع تنمية التقبل و التسامح**	• الاستمرار في تطبيق استراتيجيات وفنيات علاجية لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية المختلة المتعلقة بالذات"الوعي الذاتي السلبي". • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • الكبح الفكري و الكبح المضاد • تأجيل القلق • تنمية التقبل و التسامح • استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني(التداعي الحر + التجول العقلي المقيد) • إعادة العزو السببي اللفظي • أساليب الفصل أو التفكيك المعرفي(إحداث التنافر و تدعيمه + التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد) • التدريب على الانتباه • التعرض مع منع الاستجابة"إعادة العزو السلوكي"

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الخامسة	**مواجهة المعتقدات السلبية العامة (المسئولية الذاتية عن الناتج السلبي الحادث- محفزات معالجات ما بعد الموقف)**	• مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية العامة المتعلقة بالمسئولية عن الناتج السلبي الحادث والمبالغة في تقدير عواقب المواقف الاجتماعية المخيفة. • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة و المناقشة • الحوار السقراطي • الكبح الفكري و الكبح المضاد • تأجيل القلق • إعادة العزو السببي اللفظي • التجول العقلي المقيد • تجزئة التيقظ الذهني (التداعي الحر- صورة السحب - مهمة النمر) • تنمية التقبل و التسامح+ إعادة العزو السببي اللفظي • أساليب الفصل أو التفكيك المعرفي (استثارة التنافرو تدعيمه + التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد) • سوء التوافق الانعكاسي • التدريب على الانتباه • أعادة التركيز الموقفي للانتباه

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
السادسة	**مواجهة المعتقدات السلبية العامة (حتمية وقوع التقييم و العواقب السلبية – محفزات المعالجات المسبقة)**	• مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية العامة المتعلقة بحتمية وقوع التقييم و العواقب السلبية المخيفة "التشاؤم و تقدير السوء". • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • الكبح الفكري والكبح المضاد • تأجيل القلق • تنمية التقبل و التسامح • التجول العقلي المقيد • إعادة العزو السببي اللفظي • أساليب الفصل أو التفكيك المعرفي (إحداث تدعيم التنافر – التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد) • سوء التوافق اللاحق • التدريب على الانتباه

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
السابعة	مواجهة المعتقدات السلبية المتعلقة بمعتقدات اللاتحكمية و الخطورة الفكرية	• مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفة لعناصر اللاتحكمية و الخطورة الفكرية. • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة و المناقشة • الحوار السقراطي • إعادة العزو السببي اللفظي • الكبح الفكري و الكبح المضاد • تأجيل القلق • فقدان التحكم"التشويش العقلي و الجسدي" • التجول العقلي المقيد • عرض تأثيرات القلق على الجسم و العقل • التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد • تجزئة التيقظ الذهني(مهمة النمر- التداعي الحر)

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الثامنة	**مواجهة معتقدات الكفاءة المعرفية "ضعف الثقة في عمليات الانتباه والذاكرة"**	• مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفة لعناصر الكفاءة المعرفية "ضعف الثقة في عمليات الانتباه و الذاكرة"و المرتبطة باضطراب الفوبيا الاجتماعية. • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة و المناقشة • الحوار السقراطي • إعادة العزو السببي اللفظي • التوجيه ما وراء المعرفي • التجول العقلي المقيد • التشويش الجسدي أو العقلي"تجارب فقدان التحكم " • أساليب الفصل أو التفكيك المعرفي(إحداث التنافر و تدعيمه + التشكيك في الدليل مع البحث عن الدليل المضاد) • الخطة البديلة للانتباه و المعالجة • التدريب على الانتباه

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
التاسعة	مواجهة معتقدات القلق الايجابي مع عكس الأعراض و الاستراتيجيات اللاتوافقية المتبقية	• مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد معتقدات القلق الايجابي ما وراء المعرفية "جدوى القلق في تجاوز المواقف وتأدية المهام الاجتماعية المهددة". • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • إعادة العزو السببي اللفظي • التشويش الجسدي أو العقلي" فقدان التحكم" • سوء التوافق مع القلق"الانعكاسي"+ "اللاحق" • أساليب الفصل أو التفكيك المعرفي (إحداث و تدعيم التنافر – التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد) • الخطة البديلة للانتباه و المعالجة

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
العاشرة	الاستمرار في مواجهة معتقدات القلق الايجابي مع استهداف ما وراء الشعور	• الاستمرار في مساعدة أفراد العينة العلاجية على تطبيق استراتيجيات و فنيات علاجية لدحض و تفنيد معتقدات القلق الايجابي ما وراء المعرفية "جدوى القلق في تجاوز المواقف و تأدية المهام الاجتماعية المهددة". • إيقاف أو على الأقل تعطيل المتلازمة المعرفية الانتباهية بتنفيذ عدد من التجارب التعرضية و السلوكية.	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • إعادة العزو السببي اللفظي • التجول العقلي المقيد • استراتيجيه سوء التوافق مع القلق. • أساليب الفصل أو التفكيك المعرفي (إحداث التنافر و تدعيمه + التشكيك في الدليل مع فحص الدليل المضاد) • الخطة البديلة للانتباه و المعالجة • التوجية ما وراء المعرفي • التدريب على الانتباه

الجلسة	العنوان	الأهداف الخاصة	الفنيات و الاستراتيجيات العلاجية
الحادية عشر و الختامية	التدعيم باستراتيجيات منع الانتكاس مع تقييم آثار البرنامج العلاجي	• التعرف على فعالية البرنامج العلاجي في دحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية المرتبطة باضطراب الفوبيا الاجتماعية. • تدريب أفراد العينة العلاجية على الحفاظ على المكاسب التي تم التوصل إليها عن طريق بعض الممارسات التدريبية كالتدريب على الانتباه. • تذكير أفراد العينة العلاجية بضرورة الالتزام بتنفيذ بعض التطبيقات لمواجهة محفزات المعتقدات اللاتوافقية: كبروتوكول بيتس للتعرض ما وراء المعرفي ،و أساليب إعادة العزو السلوكي"التعرض مع منع الاستجابة"،و أساليب أعادة التركيز الموقفي للانتباه. • تذكير أفراد العينة العلاجية بميعاد الجلسة التتبعية بعد حوالي شهرين .	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • التوجيه ما وراء المعرفي • الخطة البديلة للانتباه و المعالجة • نسخة علاجية بديلة لمنع الانتكاس •

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

الفصل الخامس

نتائج الدراسة و تفسيرها

أولاً: نتائج الفرض الأول و تفسيرها:

و ينص على:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور و الإناث في عينة الدراسة الأساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعية ".

و للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية(LSPS) على عينة الدراسة الأساسية و التي بلغ عددها (٤٢٥) طالب و طالبة بالفرقتين الثالثة والرابعة بكلية التربية جميع الشعب(٣٥٥) إناث +(٧٠) ذكور بمتوسط عمري(٢٠,١٨)عام وانحراف معياري (٠,٥٣٦) للعينة الأساسية(م=٢٠,٢١،ع = ٠,٦٢٥) للذكور،(م= ٢٠,١٩، ع =٠,٥١٨) للإناث، ثم تم إيجاد الفروق بين متوسطي درجات الذكور و الإناث على أبعاد مقياس الفوبيا الاجتماعية الثلاثة(الخوف من التقييم السلبي،وقلق التفاعل الاجتماعي،وقلق التحدث العلني) بالإضافة إلى الفروق في الدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام معادلة اختبار"ت"(T-test) للتحقق من دلالة الفروق في الدرجة الكلية للمقياس كما هو واضح في الجدول رقم (١٦).

جدول (١٦)

"دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور و الإناث على مقياس الفوبيا الاجتماعية وأبعاده ن =(٤٢٥)"

النوع / أبعاد المقياس	الذكور (ن = ٧٠)		الإناث (ن = ٣٥٥)		قيمة "ت"
	م	ع	م	ع	
الخوف من التقييم السلبي	٢٣,٨٦	٥,٥٠	٢٥,٦٢	٤,٩٨	**٢,٤٨٨
قلق التفاعل الاجتماعي	٢١,٩٧	٤,٠٣	٢٣,٧٢	٤,٦٤	**٣,٢٤٣
قلق التحدث العلني	١٧,٤٣	٣,٧٧	١٦,٢٣	٣,٥٠	**٢,٤٥٩
الدرجة الكلية للمقياس	٦٢,٠٦	١١,٤٢	٦٦,٧٧	١٠,٣٨	**٣,٢٠٣
** دالة عند (٠,٠١)					

و من الجدول السابق يتضح أن الفروق بين متوسطي درجات الذكور و الإناث على مقياس اضطراب الفوبيا الاجتماعية جاءت دالة عند (٠,٠١) لصالح الإناث على جميع أبعاد المياس و كذلك على الدرجة الكلية للمقياس،حيث بلغت قيمة "ت"(٢,٤٨٨) للبعد الأول

"الخوف من التقييم السلبي"و (٣,٢٤٣) للبعد الثاني"قلق التفاعل الاجتماعي"، و(٢,٤٥٩) للبعد الثالث "قلق التحدث العلني"، و(٣,٢٠٣) للدرجة الكلية للمقياس.

في ضوء البيانات الإحصائية المرتبطة بهذا الفرض،قام الباحث بحساب النسب المئوية لانتشار الفوبيا الاجتماعية بين أفراد العينة الأساسية على المقياس الكلي، وعلى كل بُعد من أبعاده لكل من الذكور والإناث على حده ، ويوضح جدول رقم (١٧) نسب انتشار الاضطراب في ضوء عينة الدراسة الأساسية.

جدول(١٧)

"نسب انتشار أبعاد مقياس الفوبيا الاجتماعية في عينة الدراسة الأساسية لكل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لكل من الذكور والإناث ن=(٤٢٥)"

الأفراد / نسبة الانتشار	العينة الأساسية (ن = ٤٢٥)		الإناث (ن = ٣٥٥)		الذكور (ن = ٧٠)	
	ن	%	ن	%	ن	%
الخوف من التقييم السلبي	١٠	٢,٣٥	٨	٢,٢٥	٢	٢,٨٨
قلق التفاعل الاجتماعي	صفر	صفر	١٠	٢,٨٢	صفر	صفر
قلق التحدث العلني	١٠	٢,٣٥	٩	٢,٥٤	١	١,٤٣
الدرجة الكلية للمقياس	١٢	٢,٨٢	١٢	٣,٣٨	صفر	صفر

لقد تبين لدى الباحث أن عدد الطلاب الذين يعانون من اضطراب الفوبيا الاجتماعية من أجمالي العينة الأساسية التي بلغ عددها (٤٢٥) طالباً و طالبة بلغت (١٢) أثنتا عشرة طالبة ممن زادت درجاتهم على مقياس اضطراب الفوبيا الاجتماعية عن (٨٧,٤) درجة ،أي بنسبة (٢,٣٥%) من أجمالي العينة .وقد استحوذت الإناث على النسبة الكلية من هذا العدد بنسبة (٢,٨٢%) بينما لم يظهر الذكور أي نسبة تذكر مما يؤكد على شيوع انتشار هذا الاضطراب في الإناث عن الذكور.ربما يمكن تفسير هذه النسبة المنخفضة لانتشار الفوبيا الاجتماعية إلى أن أفراد العينة الأساسية كانوا من طلاب الجامعة(عينة غير إكلينيكية) الذين يفترض عليهم القيام بسلوكيات أو مواقف اجتماعية روتينية أثناء تعاملاتهم مع الآخرين داخل الكلية و ليسوا من رواد العيادات النفسية.

و تتفق نتيجة الدراسة الحالية التي أكدت على وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور و درجات الإناث لصالح الإناث مع ما ذكره حسان المالح و فيصل محمد خير الزراد و آخرين(٢٠٠٣) في دراسة بعنوان"الرهاب الاجتماعية عند العرب- دراسة

وصفية حول انتشار هذا الاضطراب و خصائصه العامة والإكلينيكية لدى عينة من مستخدمي الانترنت العرب في مقابل عينة عشوائية عيادية"نفس نتائج الدراسة الحالية والتي أشاروا فيها إلى أن معدل انتشار الانتشار الحياتي للفوبيا الاجتماعية تتراوح من(٧: ١٤%) ومعدل الانتشار المرحلي له من (٢: ٣%) داخل المجتمعات بشكل عام ، ويظهر عند الإناث و الذكور بنسبة (٢: ١) في الجمهور العام بينما تبدو النسبة (١:١) في العيادات الإكلينيكية؛ وهذا يتفق مع ذكره سامر رضوان (٢٠٠٣) بأن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع(DSM-IV) والذي يؤكد على غلبة معدل الانتشار بين النساء عن الرجال غير أنه في غالبية العينات الإكلينيكية تؤكد على تساوي التوزيع بين الجنسين وأحياناً غلبة الذكور على الإناث مع بدء الاضطراب عادة في سن بين (١٥–٢٠) سنة وهي المرحلة التي تواجه الفرض بمطالب جديدة و تفرض عليه أدواراً حياتية مختلفة تتطلب المزيد من الاستقلالية؛ بالإضافة إلى غيرها من الدراسات(رضية علي شمسان،٢٠٠٤@ yemen-nic.info online)،(إيمان فهمي عبد العظيم، ٢٠٠٦)، (Reinecker,1994)،(Maragraf, & Rudolf, 1999)،(Wittchen, 2001)، (Lecrubier et al., 2000).بينما قليل من الدراسات لم تتفق مع هذه النتيجة ومنها (محمود عبد الرحمن حمودة ،٢٠٠٧) والتي أكدت على تساوى التوزيع بين الجنسين في العينات العيادية.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني و تفسيرها:

و ينص على:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية بين القياسين القبلي و البعدي لمقاييس الدراسة السيكومترية: مقياس الفوبيا الاجتماعية ،و مقياس ما وراء المعرفة ،وقائمة الأفكار المقلقة في اتجاه القياس القبلي"

و للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية(LSPS) ومقياس ما وراء المعرفة (MCQ-30) ،و قائمة الأفكار المقلقة (AnTI)على عينة الدراسة العلاجية قبل و بعد تنفيذ البرنامج العلاجي و التي بلغ عددها (٦) طالبات ثم تم إيجاد الفروق درجات أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي مستخدماً اختبار"Wilcoxon Signed Ranks" نظراً لصغر حجم العينة بغرض التحقق من وجود فروق حقيقية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على

مقياس الفوبيا الاجتماعية؛يوضح جدول (١٨) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية.

جدول(١٨)

"دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية"

المقياس	الأبعاد	القياس	مجموع الرتب		قيمة Z	مستوى الدلالة
			السلبية	الإيجابية		
الفوبيا الاجتماعية	التقييم السلبي	ق	٢١	صفر	٢,٢٢٦-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	قلق التفاعل الاجتماعي	ق	٢١	صفر	٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	قلق التحدث العلني	ق	٢١	صفر	٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	الدرجة الكلية للمقياس	ق	٢١	صفر	٢,٢٠١-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) جاءت دالة بين القياس القبلي و البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية على كل بُعد من أبعاد المقياس و في الدرجة الكلية للمقياس في أبعاد (الخوف من التقييم السلبي،وقلق التفاعل الاجتماعي،وقلق التحدث العلني،والدرجة الكلية)حيث بلغت على الترتيب(٢,٢٢٦- ٢,٢٠٧- ٢,٢٠٧- ٢,٢٠١) مما يدل على وجود فروق جوهرية وحقيقية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية في أبعاد مقياس الفوبيا الاجتماعية في القياس القبلي و البعدي ، كما يؤكد على فاعلية البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي في خفض اضطراب الفوبيا الاجتماعية لأفراد العينة العلاجية.

ولتدعيم هذه النتيجة قام الباحث بحساب حجم الأثر للبرنامج العلاجي "effect size" في جدول رقم (٢٠) عن طريق معادلة حساب حجم الأثر(d) لتحديد حجم تأثير المتغير المستقل(البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (الفوبيا الاجتماعية)باستخدام المعادلة :

$$d = \frac{Z}{\sqrt{n}}$$

حيث (n) حجم العينة، (d)>=(٠,٢)حجم التأثير (صغير)،(d)>= ٠,٥حجم التأثير(متوسط)، (d) >= ٠,٨ حجم التأثير(كبير)

جدول(١٩)

"قيم حجم الأثر و دلالتها على مقياس الفوبيا الاجتماعية"

المقاييس	الأبعاد	z	قيمة الأثر"d"	حجم الأثر
الفوبيا الاجتماعية	الخوف من التقييم السلبي	٢,٢٢٦-	٠,٩٠٩-	كبير
	قلق التفاعل الاجتماعي	٢,٢٠٧-	٠,٩٠١-	كبير
	قلق التحدث العلني	٢,٢٠٧-	٠,٩٠١-	كبير
	الدرجة الكلية للمقياس	٢,٢٠١-	٠,٨٩٩-	كبير

يتضح من الجدول السابق أن قيمة(d)"قيمة الأثر" جاءت كبيرة على مقياس الفوبيا الاجتماعية على كل بُعد من أبعاد المقياس وعلى الدرجة الكلية للمقياس في أبعاد(الخوف من التقييم السلبي،وقلق التفاعل الاجتماعي،وقلق التحدث العلني،والدرجة الكلية) حيث بلغت على الترتيب(٠,٩٠٩ -٠,٩٠١-٠,٩٠١- ٠,٨٩٩-) مما يؤكد على فاعلية البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية.

و اعتماداً على ما سبق يمكن عزو فاعلية برنامج الدراسة الحالية إلى تبنى الباحث ما تم عرضه أثناء بناء البرنامج ،فلم يتم التركيز في جلسات البرنامج على مجرد محتوى المعتقدات و التطفلات الفكرية بل تعدى هذا الأمر إلى التركيز على الطريقة التي يستخدمها الفرد لتقييم هذه التطفلات الفكرية باعتبارها سبباً في المشكلة.كما تم استخدام بعض الأساليب السلوكية و التعرضية كبروتوكول بيتس للتعرض ما وراء المعرفي وفنيات إعادة التركيز الموقفي للانتباه(SAR) فضلاً عن تطبيق أساليب التعرض مع منع الاستجابة(إعادة العزو السلوكي).

اعتمد الباحث في برنامجه العلاجي على استراتيجيات و فنيات العلاج ماوراء المعرفي وعلى رأسها استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني أو ما يعرف بالانتباه الذهني المستقل (DM) في دحض و تفنيد المعتقدات ما وراء معرفية اللاتوافقية والتي تهدف للتخفيف ممن حدة الصراع بين الفرد وأفكاره المضطربة وما يترتب عليها من تقييمات ماوراء معرفية لاتوافقية حول الذات والآخرين.لقد تم توظيف هذه الاستراتيجيات داخل الجلسات مع تكليفهم بها كواجبات منزلية تستخدم مع مواقف حياتية اجتماعية معتادة وتسجيل ما يحدث في سجل خاص بالتجارب السلوكية بالإضافة إلى سجل منفصل بممارسات التدريب الانتباهي.

كما قام الباحث مستخدماً اختبار"Wilcoxon Signed Ranks" "بالتحقق من وجود فروق حقيقية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس ماوراء المعرفة؛ يوضح جدول(٢٠)دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس ما وراء المعرفة.

جدول(٢٠)

"دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على مقياس ما وراء المعرفة"

المقياس	الأبعاد	القياس	مجموع الرتب		قيمة Z	مستوى الدلالة
			السلبية	الإيجابية		
ما وراء المعرفة	معتقدات القلق الايجابي	ق	٢١	صفر	٢,٢١٤-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	م. عدم القدرة على التحكم	ق	٢١	صفر	٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	الثقة المعرفية	ق	٢١	صفر	٢,٢٢٦-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	م.الحاجة للتحكم الفكري	ق	٢١	صفر	٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	الوعي الذاتي المعرفي	ق	٢١	صفر	٢,٢١٤-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	الدرجة الكلية للمقياس	ق	٢١	صفر	٢,٢١٤-	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z)" جاءت دالة بين القياس القبلي و البعدي على مقياس ما وراء المعرفة على كل بُعد من أبعاد المقياس و على الدرجة الكلية للمقياس في أبعاد(معتقدات القلق الايجابي،ومعتقدات عدم القدرة على التحكم و الخطر،والثقة المعرفية،ومعتقدات الحاجة للتحكم في الأفكار،والوعي الذاتي المعرفي،والدرجة الكلية للمقياس) حيث بلغت على الترتيب (٢,٢١٤-٢,٢٠٧- ٢,٢٢٦- ٢,٢٠٧- ٢,٢١٤- ٢,٢١٤) مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي في تعديل المعتقدات والسلوكيات والاستراتيجيات ما وراء المعرفية اللاتوافقية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية

لأفراد العينة العلاجية، ولعل هذه الفاعلية جاءت من خلال توظيف الباحث مجموعة من الاستراتيجيات ماوراء المعرفية المساهمة في دحض هذه المعتقدات و تعديلها مع مساعدة أفراد المجموعة ليكونوا أكثر وعياً و استبصاراً بأن هذه المعتقدات يعول عليها قدر من المسئولية في نشوء و دوام الفوبيا الاجتماعية.

كما قام الباحث أيضاً بحساب حجم الأثر للبرنامج العلاجي "effect size" لتدعيم هذه النتيجة عن طريق معادلة حساب حجم الأثر(d) لتحديد حجم تأثير المتغير المستقل(البرنامج العلاجي)على المتغير التابع (ما وراء المعرفة)في جدول رقم(٢١).

جدول(٢١)

"قيم حجم الأثر و دلالتها على مقياس ما وراء المعرفة"

المقاييس	الأبعاد	z	قيمة الأثر"d"	حجم الأثر
ما وراء المعرفة	معتقدات القلق الايجابي	٢,٢١٤-	٠,٩٠٤-	كبير
	معتقدات عدم القدرة على التحكم و الخطر	٢,٢٠٧-	٠,٩٠١-	كبير
	معتقات الثقة المعرفية	٢,٢٢٦-	٠,٩٠٩-	كبير
	معتقدات الحاجة للتحكم في الأفكار	٢,٢٠٧-	٠,٩٠١-	كبير
	الوعي الذاتي المعرفي	٢,٢١٤-	٠,٩٠٤-	كبير
	الدرجة الكلية للمقياس	٢,٢١٤-	٠,٩٠٤-	كبير

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (d)"قيمة الأثر" جاءت كبيرة على مقياس ماوراء المعرفة على كل بُعد من أبعاد المقياس وفي الدرجة الكلية للمقياس في أبعاد(معتقدات القلق الايجابي،ومعتقدات عدم القدرة على التحكم والخطر،والثقة المعرفية،ومعتقدات الحاجة للتحكم في الأفكار،والوعي الذاتي المعرفي،والدرجة الكلية للمقياس)حيث بلغت على الترتيب(٠,٩٠٤-٠,٩٠١-٠,٩٠٩-٠,٩٠١- ٠,٩٠٤- ٠,٩٠٤)مما يؤكد على فاعلية البرنامج العلاجي ماوراء المعرفي في تعديل المعتقدات والسلوكيات والاستراتيجيات ماوراء المعرفية اللاتوافقية لأفراد العينة العلاجية.

تتشابه تلك النتيجة مع بشكل كبير مع نتيجة دراسة (Ghafarzadeh, et al., 2005) ،لكنها بشكل ما متباينة عن نتائج الدراسة الحالية ربما يمكن إرجاع هذا الأمر لاختلاف محور التركيز العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي عن العلاج ما وراء المعرفي،بالإضافة إلي العديد من الدراسات (Wells & Papageorgiou, 1998)، (Sica

Miguel Angel Perez et al.,) ،(Wells & Carter, 2001) ،(et al., 2007 ، (Bouman & Meijier, 1999) ،(Morrison et al., 2000, 2002) ،(2010 .(Papageorgiou & Wells, 2001a, 2001b)

و تختلف هذه النتائج مع نتيجة دراسة(Karami,Zakiei,Rostami,2012) و التي هدفت لدراسة علاقة كل من المعتقدات ما وراء المعرفية ومعتقدات الكفاءة الذاتية مع اضطراب الفوبيا الاجتماعية مع مقارنة هذه المعتقدات في أفراد من الأسوياء ذوي الفوبيا الاجتماعية.فتم الاعتماد على تصميم تحليلي إحصائي متعدد المراحل على عينة من(١٣٦) طالباً و طالبة في المرحلة الثانوية من مدينة كرمان شاه الإيرانية حيث تم تطبيق مقياس ليبوتز للفوبيا الاجتماعية(LSPS) و مقياس ما وراء المعرفة(MCQ-30)-نفس المقاييس التي تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية-بالإضافة إلى مقياس للكفاءة الذاتية.لقد تباين منهج البحث في هذه الدراسة عن الدراسة الحالية حيث كان المنهج وصفي ذو فروض ارتباطية مع الاعتماد على تحليلات للانحدار.أظهرت هذه الدراسة أن كل من معتقدات القلق الايجابي ،ومعتقدات الكفاءة المعرفية ،والوعي الذاتي بالمعرفة ،وإجمالي المعتقدات ما وراء المعرفية قد ارتبطت سلبياً مع الفوبيا الاجتماعية و لكن المعتقدات المتعلقة بالحاجة للتحكم الفكري ارتبطت إيجابياً.

كما تتباين جزئياً نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Lak et al., 2012) و التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي اعتماداً على متغيرات ما وراء المعرفة حيث ساعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى أفراد العينة العلاجية مقارنة بمجموعة ضابطة؛ لقد تم إثبات علاقة ارتباطيه سلبية دالة بين معتقدات القلق الايجابي المرتبطة بالاضطراب وفاعلية البرنامج (- ٠,٤٤) دالة عند (٠,٠٩) حيث تتضمن معتقدات القلق الايجابي اعتقاد المرضى بجدوى و فائدة الانزعاج و الاجترارات الوسواسية بالتالي لا يبذل المتعالجون أي جهد في تغيير أفكارهم؛كما تم في هذه الدراسة إثبات وجود علاقة ارتباطية ايجابية دالة بين المعتقدات السلبية العامة للقلق وفعالية البرنامج (٠,٥١)دالة عند(٠,٠٤).كما أثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطية ايجابية مرتفعة بين معتقدات الثقة المعرفية وفاعلية البرنامج (٠,٦٢) دالة عند(٠,٠١).كما تؤكد الدراسة على وجود علاقة ارتباطية بلغت (٠,٦١) دالة عند (٠,٠١) بين معتقدات الحاجة للتحكم في الأفكار و فعالية البرنامج العلاجي و هذه بالطبع علاقة ارتباطية قوية.كما تم إثبات علاقة ارتباطية بين الوعي الذاتي المعرفي وفاعلية البرنامج (٠,٦٤) دالة عند (٠,٠١).

على الرغم من نتائج العلاج المعرفي السلوكي عن فعاليتها في دحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية اللاتوافقية إلا أن البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي الحالي أثبت فعالية أكبر باعتباره أكثر اختصاراً وتركيزاً على الجوانب اللاتوافقية في المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية(CAS)هو ما أكده (Mahmoudi, et al., 2010) ،وهذا يمكن أن يجعل المدخل العلاجي ما وراء المعرفي أكثر فعالية عند المقارنة بالأساليب الاعتيادية من العلاج المعرفي السلوكي.

كما قام الباحث مستخدماً اختبار"Wilcoxon Signed Ranks" "بالتحقق من وجود فروق حقيقية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة الأفكار المقلقة؛يوضح جدول (٢٢) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس ما وراء المعرفة.

جدول(٢٢)

"دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على قائمة الأفكار المقلقة"

المقياس	الأبعاد	القياس	مجموع الرتب - السلبية	مجموع الرتب - الإيجابية	قيمة Z	مستوى الدلالة
قائمة الأفكار المقلقة	ما وراء القلق	ق	٢١	صفر	-٢,٢١٤	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	القلق الاجتماعي	ق	٢١	صفر	-٢,٢٠٧	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		
	القلق الصحي	ق	٢١	صفر	-٠,٧٠٧	غير دالة
		ب	٣,٥	صفر		
	الدرجة الكلية للمقياس	ق	٢١	صفر	-٢,٢٠١	دالة عند ٠,٠٥
		ب	٣,٥	صفر		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) جاءت دالة بين القياس القبلي و البعدي على بعدين من أبعاد قائمة الأفكار المقلقة و هما:ما وراء القلق والقلق الاجتماعي والدرجة الكلية المقياس حيث بلغت على الترتيب(٢,٢١٤ -٢,٢٠٧- ٢,٢٠١) مما يدل على وجود فروق جوهرية و حقيقية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي في تعديل كل من مكوني ما وراء القلق والقلق

الاجتماعي والمرتبطين بالفوبيا الاجتماعية لأفراد العينة العلاجية؛ بينما لم تظهر فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي على بُعد القلق الصحي نتيجة لعدم استهدافه بشكل مباشـر فـي البرنامج العلاجي.

تم تقديم مفهوم ما وراء القلق"Meta-Worry" كخاصـية أساسـية للنمـوذج مـاوراء المعرفي للفوبيا الاجتماعية(Wells,1995)؛ ففي هذا النموذج قام ويلز بالتأكيد على تنشيط المعالجة الانزعاجية للمحفزات والمثيرات الداخلية والخارجية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية سواء معتقدات إيجابية مثل "يعتبر القلق مفيداً لي"- والتي عادة يـشار إليهـا باعتبارهـا "Worry I" – إلى تنشيط المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية المتعلقة بالانزعاج – علـى الأخص معتقدات اللاتحكمية والخطورة العقلية والجـسمية"Worry II"(King, & Wells 2006).في نفس الوقت يزيد نوع القلق"Worry I"والمعروف بالقلق حول القلق"مـا وراء القلق"من درجة القلق والأعراض الانفعالية لديهم وبعدها ينخرط الأفراد في جوانب الكبح الفكري و التجنب و التشويش(Khawaja & McMahon, 2011).

يؤدي هذا الأمر إلي خفض مستوى التعرض للمحفزات سواء الداخليـة أو الخارجيـة للانزعاج مع التقليل من الاستجابات الانعكاسية سواء الفسيولوجية أو الانفعاليـة المدعمـة لاستخدام الانزعاج كآلية للمواجهة.مع ذلك عندما ينخرط الفرد في ما وراء القلـق تمنـع الزيادة الفائقة في مستوى الانزعاج الفرد من معايشة الحالة الداخلية المرتبطة فيصبح القلق أكثر تزمناً وعمقاً كما في دراستي (Wells,1999) (Wells & King, 2006) (Wells & Carter, 2001).

يعرض النموذج ما وراء المعرفي أن ما وراء القلق يعتبر العامل العرضي الأساسي في دعم اضطراب الفوبيا الاجتماعية – أحيانا يطلق عليه "القلق الاجتماعي المرضي" و كذلك اضطراب القلق المعمم(Wells,& Carter, 1999) حيث أثبت الباحثين أن عنـصر مـا وراء القلق يميز ما بين القلق المعتاد و القلق المرضي حيث يتوقع "ما وراء القلق" القلـق المرضي بشكل مستقل عن القلق المعتاد"Type I" أو سمة القلق كما في دراستي (Davis & Valentine.2000) ،و (Nuevo, Montario & Borkovec, 2004).

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث و تفسيرها:

و ينص على:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة العلاجية بين القياسين القبلي و التتبعي لمقاييس الدراسة السيكومترية:مقياس الفوبيا الاجتماعية ، و مقياس ما وراء المعرفة ، و قائمة الأفكار المقلقة "

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية ومقياس ما وراء المعرفة ،و قائمة الأفكار المقلقة بعد مرور (٨) أسابيع على انتهاء البرنامج العلاجي على عينة الدراسة العلاجية والتي بلغ عددها (٦) طالبات ثم تم إيجاد الفروق درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي مستخدماً اختبار"Wilcoxon Signed Ranks " للتحقق من وجود فروق حقيقية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الفوبيا الاجتماعية؛ يوضح جدول (٢٣) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية.

جدول(٢٣)

"دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي و التتبعي على مقياس الفوبيا الاجتماعية"

المقياس	الأبعاد	القياس	مجموع الرتب		متوسط الرتب		قيمة Z	مستوى الدلالة
			السلبية	الإيجابية	السلبية	الإيجابية		
الفوبيا الاجتماعية	التقييم السلبي	ب	٤,٠٠	١١,٠٠	٢,٠٠	٣,٦٧	٠,٩٦٦-	غير دالة
		ت						
	التفاعل الاجتماعي	ب	١٣,٥٠	٧,٥٠	٤,٥٠	٢,٥٠	٠,٦٤٧-	غير دالة
		ت						
	التحدث العلني	ب	٢,٠٠	٨,٠٠	٢,٠٠	٢,٦٧	٠,٢٥٧-	غير دالة
		ت						
	الدرجة الكلية	ب	٢,٠٠	٨,٠٠	٢,٠٠	٣,٦٧	١,١٣٤-	غير دالة
		ت						

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) جاءت غير دالة بين القياس البعدي والتتبعي على مقياس الفوبيا الاجتماعية على كل بُعد من أبعاد المقياس وعلى الدرجة الكلية للمقياس

في أبعاد (الخوف من التقييم السلبي،وقلق التفاعل الاجتماعي،وقلق التحدث العلني،والدرجة الكلية) حيث بلغت على الترتيب(٠,٩٦٦- ٠,٦٤٧- ٠,٢٥٧ – ٠,١٣٤) مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية في أبعاد مقياس الفوبيا الاجتماعية في القياس القبلي و التتبعي،كما يؤكد على استمرار فاعلية البرنامج العلاجي حتى بعد انتهاء فترة تطبيق البرنامج العلاجي لأفراد العينة العلاجية .

كما قام الباحث مستخدماً اختبار"Wilcoxon Signed Ranks" بالتحقق من وجود فروق حقيقية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس ما وراء المعرفة؛ حيث يوضح جدول (٢٤) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس ما وراء المعرفة.

جدول(٢٤)

"دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي و التتبعي على مقياس ما وراء المعرفة "

المقياس	الأبعاد	المجموعة التجريبية	مجموع الرتب السلبية	مجموع الرتب الإيجابية	متوسط الرتب السلبية	متوسط الرتب الإيجابية	قيمة Z	مستوى الدلالة
ما وراء المعرفة	م.القلق الايجابي	ب ت	٠,٠٠	١٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٠	-١,٨٥٧	غ.دالة
	م.عدم القدرة للتحكم	ب ت	٣,٥٠	٦,٥٠	٣,٥٠	٢,١٧	-٠,٥٥٧	غ.دالة
	الثقة المعرفية	ب ت	٠,٠٠	٦,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٠	-١,٦٣٣	غ.دالة
	م.الحاجة للتحكم	ب ت	١,٥٠	٤,٥٠	١,٥٠	٢,٢٥	-٠,٨١٦	غ.دالة
	الوعي الذاتي المعرفي	ب ت	٤,٠٠	٦,٠٠	٤,٠٠	٢,٠٠	-٠,٣٧٨	غ.دالة
	الدرجة الكلية	ب ت	٠,٠٠	١,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٠	-١,٨٤١	غ.دالة

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) جاءت غير دالة بين القياس البعدي والتتبعي على مقياس ما وراء المعرفة على كل بُعد من أبعاد المقياس وعلى الدرجة الكلية للمقياس

في أبعاد(معتقدات القلق الايجابي، ومعتقدات عدم القدرة على التحكم و الخطر،والثقة المعرفية،ومعتقدات الحاجة للتحكم في الأفكار،والوعي الذاتي السلبي ،والدرجة الكلية للمقياس)حيث بلغت على الترتيب (١,٨٥٧- ٠,٥٥٧- ١,٦٣٣- ٠,٨١٦- ٠,٣٧٨- ١,٨٤١) مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية في أبعاد مقياس ما وراء المعرفة في القياس البعدي والتتبعي، كما يؤكد على استمرار فاعلية البرنامج العلاجي حتى بعد انتهاء فترة التطبيق .

كما قام الباحث بالتحقق من وجود فروق حقيقية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على قائمة الأفكار المقلقة.يوضح جدول (٢٥) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة الأفكار المقلقة.

جدول (٢٥)

"دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي و التتبعي على قائمة الأفكار المقلقة"

المقياس	الأبعاد	المجموعة التجريبية	مجموع الرتب السلبية	مجموع الرتب الإيجابية	متوسط الرتب السلبية	متوسط الرتب الإيجابية	قيمة Z	مستوى الدلالة
قائمة الأفكار المقلقة	ما وراء القلق	ب / ت	٢,٥٠	١٨,٥٠	٢,٥٠	٣,٧٠	١,٧٣٠-	غير دالة
	القلق الاجتماعي	ب / ت	٢,٠٠	٨,٠٠	٢,٠٠	٢,٦٧	١,١٣٤-	غير دالة
	القلق الصحي	ب / ت	٤,٠٠	٦,٠٠	٢,٠٠	٣,٠٠	٠,٣٧٨-	غير دالة
	الدرجة الكلية	ب / ت	٠,٠٠	٢١,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٠	١,٨٤١-	غير دالة

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) جاءت غير دالة بين القياس البعدي و التتبعي على قائمة الأفكار المقلقة على كل بُعد من أبعاد المقياس و على الدرجة الكلية للمقياس في أبعاد (ما وراء القلق ،والقلق الاجتماعي ،والقلق الصحي،والدرجة الكلية للمقياس) حيث بلغت على الترتيب(١,٧٣٠-١,١٣٤-٠,٣٧٨-١,٨٤١) مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي،

كما يدل على استمرار أثر البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي في تعديله لمكوني ما وراء القلق والقلق الاجتماعي والمرتبطين باضطراب الفوبيا الاجتماعية لأفراد العينة العلاجية حتى بعد انتهاء فترة التطبيق.

رابعاً: استنتاج عام:

بالتوافق مع النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات تم إثبات علاقة ارتباطية ايجابية بين الفوبيا الاجتماعية وكل من أبعاد معتقدات القلق الايجابي ،والمعتقدات السلبية لعدم القدرة على التحكم ،ومعتقدات اللاتحكمية والخطورة الفكرية ،والثقة المعرفية ولكن الارتباط كان غير واضح بين الفوبيا الاجتماعية ومعتقدات الوعي الذاتي المعرفي.ربما يكون هذا الأمر بسبب أن العلاقة غير المباشرة و مستقلة عن جوانب المتلازمة المعرفية الانتباهية (المعالجات المسبقة- معالجات ما بعد الموقف – الصورة السلبية من منظور المراقب – سلوكيات المسايرة).لقد تم أثبات صحة النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات في اعتبار المعتقدات ما وراء المعرفية بمثابة منبئ هام ولاعب رئيسي في تنشيط وتنظيم المتلازمة المعرفية الانتباهية.

تترابط المعتقدات ما وراء المعرفية الايجابية والسلبية ارتباطاً ايجابياُ مع المعالجات المسبقة ومعالجات ما بعد الموقف والصورة السلبية من منظور المراقب؛ ومن ثم تظهر الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين المعتقات ما وراء المعرفية والآليات المعرفية المتضمنة في الفوبيا الاجتماعية.على الرغم من ذلك تمتلك معتقدات القلق الايجابي تأثيراً مباشراً في الفوبيا الاجتماعية عند تقنين جوانب المعتقدات اللاتحكمية والمعالجات المسبقة كما أكدته دراسة(Karami,Zakiei,Rostami,2012)إلا أن التأثير غير المباشر لمعتقدات القلق الايجابي في اضطراب الفوبيا الاجتماعية أثناء المعالجات المسبقة على علاقة ارتباطية صدفية.

يتوقع أن يظهر الأفراد من المضطربين اجتماعياُ معتقدات بدائية أكثر نتيجة لتوقعهم في جوانب القلق المستمر والاجترار الفكري،بالتالي التأثير على قدرتهم في التوافق مع متطلبات الحياة اليومية،وعلى العكس من ذلك تكونت عينة الدراسة الحالية من طلاب جامعيين وهم بالطبع غير قادرين على مزاولة أنشطتهم اليومية.

تؤكد نتيجة الدراسة الحالية على جوهرية المنظور ما وراء المعرفي في علاج الفوبيا الاجتماعية كما أكدته دراسة(Wells,2007).علاوة على ذلك تقترح نتائج الدراسات

التجريبية أن التغير المعرفي والانفعالي قد لا يكون منفصل بشكل مباشر عند تعديل الاعتقاد عبر كواجهة محتوى الأفكار التلقائية السلبية.بالتوافق مع النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF)(Wells & Matthews, 1994)توجد العديد من المزايا لاستراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني (DM) ودورها في تعديل العديد من المكونات الجوهرية للإدراك،فعند تطبيق استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني–على وجه التحديد–كان المشاركون قادرين على تبني منظور أكثر توازناً بحيث تؤدي هذه النقلة في المنظور إلى عدم تأكيد التوقعات السلبية مع خفض القلق في المواقف الاجتماعية.

بالتوافق مع الدراسات السابقة أكدت الدراسة الحالية أن الانتباه الموجه خارجياً أثناء التعرض المختصر ارتبط بانخفاض القلق والاعتقاد السلبي (Wells & Papageorgiou, 1998).علاوة على ذلك وجد كل من (McManus et al.,2009) أن الانخراط في تجارب سلوكية تمنع القيام بسلوكيات أمان أو مسايرة ارتبطت بتوارد محدود للصورة السلبية من منظور المرقب بالمقارنة مع تجارب تسمح بالاستعانة باستراتيجيات وسلوكيات الآمان.تقترح الدراسة الحالية أن تجزئة التيقظ الذهني ربما يكون أمراً مفيداً في مساعدة المتعالجين على تبني منظور أكثر توازناً بحيث يؤدي إلى تغذية راجعة أكثر ملائمة وإحساس أفضل بالتحكم في محور التركيز الانتباهي نتيجة لتطوير ما وراء الوعي"-Meta Awareness" مع إيقاف المعالجة المفاهيمية الحادثة على الرغم من الحاجة للمزيد من الدراسات التجريبية التي تدمج استراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني مع التجارب التعرضية والسلوكية.

علاوة على ذلك ارتبطت فنيات تجزئة التيقظ الذهني بتغيير كبير في المعالجات المسبقة بالمقارنة مع بتجارب الكبح الفكري والكبح المضاد.يؤكد هذا الأمر على ملائمة و فاعلية فنيات تجزئة التيقظ الذهني لاستهداف المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية(CAS).وفقاً للمدخل العلاجي ما وراء المعرفي(Wells & Matthews,1994) يمتلك إيقاف المتلازمة المعرفية الانتباهية تأثير قوى على القلق ودرجة صدق الاعتقاد ولكن لم يتم دراسة هذا الأمر مباشرة في الدراسة الحالية. تبدو تأثيرات فنيات واستراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني أكثر فعالية في إحداث تغيير فارق عن مهام تحدي الأفكار في القلق ومستويات صدق الاعتقاد،لكن لم يكون واضحاً ما إذا كان تأثيره ناجم عن إيقاف الانزعاج وصورة المراقب السلبية أو تأثير مباشر للتيقظ الذهني.

كما يتوقع النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF)أن الانخراط مع الأفكار سواء كان بالكبح أو المواجهة يحفز المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية وعلى الأخص جوانب الانزعاج والاجترار الفكري (Wells,2009).بالتوافق مع هذا المعتقد يبدو تحدى الأفكار أكثر ارتباطاً بزيادة في مستوى القلق والانزعاج والتفكير في أفكار سلبية عند تفنيدها باستراتيجيات تجزئة التيقظ الذهني.

بينما لا يؤدي تحدي الأفكار إلى نتائج وعواقب أسوأ عند تقديمها في بداية الممارسة العلاجية إلا أن تلك الفنيات تبدو أكثر فاعلية في تعديل التأثير المرافق لكبح الأفكار على الرغم من عدم وجود أي تأثير أو أعراض جانبية سلبية على الإطلاق،و لكن يحتاج هذا الأمر إلى المزيد من البحث على أكثر من عينة(تجريبية و ضابطة أو تجريبيتين وضابطة) باستخدام تحليلات إحصائية متعددة.

أجمالاً تقدم الدراسة الحالية دعم أولي لتفعيل وتطبيق فنيات تجزئة التيقظ الذهني في علاج الفوبيا الاجتماعية على الرغم من وجود بعض المحددات التي يفترض أخذها في عين الاعتبار.كما يلي:

ا) أن جميع المتغيرات التي تم قياسها تم الاعتماد في قياسها على مقاييس ذاتية وليست موضوعية للقلق و الانتباه؛

- ب) يفترض الاستعانة باستبيان أو مسح خاص يتضمن الاستجابات المعرفية اللاتوافقية للعينة العلاجية باستبيان بغرض معرفة تلك التوقعات،أو لاستقصاء المحفزات والبواعث لتلك المعتقدات ما وراء المعرفية.

في النهاية يُخلص الباحث بجدوى و فاعلية فنيات تجزئة التيقظ الذهني باعتبارها من الفنيات الفريدة في علاج الفوبيا الاجتماعية على الرغم من الحاجة لمزيد من الدراسات لبحث فاعليتها المحتملة سواء كانت فنيات علاجية قائمة بذاتها أو ضمن أطار عمل أو باقة علاجية متكاملة للعلاج ما وراء المعْرفي.تقترح هذه الدراسة بأن إدماج بعض الفنيات في سيناريو محدد ربما يكون قيمة مضافة للبرنامج العلاجي بحيث تمتلك تضمينات علاجية هامة فيما يخص البرنامج المُعد.

خامساً: توصيات الدراسة:

١. أهمية التعرف إلى حجم شيوع الفوبيا الاجتماعية لدى طلبة الجامعات وكذلك مظاهره وأسبابه وإعداد برامج إرشادية لمساعدة الطلبة على تنمية الوعي وتفعيل دور الجامعة في تحقيق النمو النفسي والانفعالي للطلاب من خلال التركيز على المشاكل التي تعوق الاندماج والتفاعل بتصميم البرامج الوقائية.

٢. ضرورة توفير الخدمات الإرشادية والعيادات النفسية في الجامعات المختلفة.

٣. ضرورة أن يكون المعلم على دراية بأعراض الفوبيا الاجتماعية داخل الفصل،فقد يحبط التلاميذ عدم قدرتهم على تحقيق تطلعات المعلمين أو الوالدين بسبب تداخل أعراضهم مع أدائهم داخل الفصل الدراسي.

٤. ضرورة أن يقدم المعلمون يد العون والمساعدة للطلاب الذين تظهر لديهم أعراض الفوبيا الاجتماعية كي يعيشوا حياة منتجة داخل الفصل من خلال إجراء بعض التعديلات التي تتناسب مع أعراضهم ، فمثلاً أذا كان يلاقي صعوبة فعلى المعلم أن يضع في اعتباره تلك المشكلة مع إبصار الأخصائي النفسي و الاجتماعي و كذلك إدارة المدرسة

٥. ضرورة أن يكون الأخصائي النفسي واعياً ومجتهداً في عمله،حيث يبدأ في التعرف على الطلاب ذوي الفوبيا الاجتماعية و أن يعتمد من خلال ملاحظاته المكثفة لتلاميذه داخل الفصل في اكتشاف أنماط هذا الاضطراب-سواء المعمم أو المحدد- مع توعية المعلمين وأولياء الأمور بأعراض وعلامات المشكلة الانفعالية التي يعاني منها بعض الطلاب وتبصيرهم بأسبابها وإعداد جلسات علاجية خاصة لهم.

٦. ضرورة أن لا تستبد الأسرة في تعاملاتها مع الطفل وأن تعي أسباب وأعراض الحالة الانفعالية التي يعانيها مع التوازن في التعامل معهم بحيث لا تبالغ في التسلط عليهم أو إهمالهم نظراً لحساسيتهم البالغة؛مع ضرورة اهتمام الأسرة بالأبناء ورعايتهم وتقبلهم ونشر الطمأنينة والأمن في أنفسهم وعدم الإسراف في التدليل والحزم أو التسلط

٧. أن يتابع الأخصائي النفسي مهام الآباء و ألياء الأمور مع أعطائهم بعد النصائح الأسرية حول كيفية التعامل مع أبنائهم. مع تدريب الأخصائي النفسي على استخدام وتطبيق استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي لمساعدة ذوي الفوبيا الاجتماعية على التخلص من المعتقدات و التطفلات الفكرية لهؤلاء التلاميذ.

٨. ضرورة قيام المجتمع ممثل بالمؤسسات الاجتماعية والثقافية ذات العلاقة بعدم التميز بين الذكور والإناث في إتاحة الفرص للتعبير عن الذات أو المشاركة في النقاشات وطرح الآراء.

المـــراجــــع

المــــراجــــع

- المــراجــع الـعـربيــة
- المــراجــع الأجـنـبيـة
- المواقع الاليكترونية و الانترنت

المراجع

أولاً: المراجع العربية:-

١. **إبراهيم عبد الستار**(١٩٩٨):"العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث- أساليبه وميادين تطبيقه"، ط٢، مطبعة الموسكي، القاهرة (مصر).

٢. **أحمد محمود عكاشة**(١٩٩٢):"الطب النفسي المعاصر"،ط ٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة (مصر).

٣. **أحمد محمود عكاشة**(٢٠٠٣):"الطب النفسي المعاصر"، ط٨، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة (مصر).

٤. **أيمان فهمي عبد العظيم**(٢٠٠٦):"فاعلية برنامج للتدريب على التوكيدية في خفض مستوى اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات"،رسالة ماجستير، غير منشورة ، كلية التربية، جامعة الزقازيق(مصر).

٥. **بتروفسكي و ياروشفسكي**(١٩٩٦):"معجم علم النفس المعاصر"،ترجمة/حمدي عبد الجواد و عبد السلام رضوان ،مراجعة/عاطف أحمد، دار العالم الجديد للطبع والنشر، القاهرة(مصر).

٦. **بدر محمد الأنصاري**(٢٠٠٧): "المرجع في اضطرابات الشخصية- الفصل السابع عشر قائمة القلق و الخواف الاجتماعي"، دار الكتاب الحديث، القاهرة(مصر).

٧. **حامد عبد السلام زهران**(١٩٩٤):"علم نفس النمو(الطفولة و المراهقة)"، ط ٥، علم الكتب، القاهرة(مصر).

٨. **حسان عدنان المالح**(١٩٩٣):"الخوف الاجتماعي(الخجل)- دراسة علمية للاضطراب النفسي مظاهره، أسبابه، وطرق العلاج"، دار المنارة، جدة (السعودية).

٩. **حسن مصطفى عبد المعطي**(١٩٩٨):"علم النفس الإكلينيكي"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة (مصر).

١٠. **حمدي شاكر محمود**(١٩٩٨):"مبادئ علم نفس النمو في الإسلام" ، دار الأندلس للنشر و التوزيع، حائل(السعودية).

١١. **حنان اسعد محمد خوج**(٢٠٠٢):"الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة"، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى(السعودية).

١٢. **خولة عبد الله السبتي العبد الكريم(٢٠٠٤)**:"مـشكلات المراهقــات الاجتماعيــة والنفسية و الدراسية – دراسة وصفية على عينة من الطالبات الــسعوديات فـــي المرحلـــة المتوسطة"، متطلب للحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية، كليـــة الآداب، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض (السعودية).

١٣. **رغدة حكمت شريم(٢٠٠٩)**:"سيكولوجية المراهقة"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان(الأردن).

١٤. **سامي موسى هاشم(١٩٩٧)**:"فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج المخاوف الاجتماعية"، العدد (٢٩)، مجلة التربية ، جامعة الزقازيق(مصر).

١٥. **صفاء الأعسر وعلاء الدين كفافي (٢٠٠٠)**:"الذكاء الوجداني"، دار قباء للطباعـــة والنشر والتوزيع، القاهرة (مصر).

١٦. **عبد الله محمد عبد الظاهر(٢٠٠٤)**:"مدى فاعلية العـــلاج العقلانـــي الانفعـــالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمـــين بكليـــة التربيـــة"، رسالة ماجستير، غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أسيوط(مصر).

١٧. **عبد الله محمد عبد الظاهر(٢٠٠٨)**:"فاعلية برنامج مبني على استراتيجيات مـــا وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب كلية التربية بأسيوط فـــي ضوء نموذج ويلز و ماتثيوس"، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم علم الـــنفس، كليـــة التربية ، جامعة أسيوط (مصر).

١٨. **عبلة عبد العزيز الفار(٢٠٠٣)**:"فاعلية برنامج أرشادي لخفض الخجل و بعـــض الاضطرابات النفسية لدى المراهقين"، رسالة دكتوراه ، قسم أصول التربية، جامعة أسيوط (مصر).

١٩. **على عبد الله على البكر (١٤٠٦ه)**:"الخجل و علاقته بالتحصيل الأكاديمي لـــدى عينة من طلبة جامعة الملك سعود"، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم على النفس، جامعة الملك سعود، الرياض (السعودية).

٢٠. **عمار محمد الناعمة(٢٠٠٨)**:"فعالية برنامج علاج عقلاني انفعالي ســلوكي فـــي تخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية"، رسالة دكتوراه، معهـــد الدراســـات التربوية، جامعة القاهرة (مصر).

٢١. **غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩)**:"علم الصحة النفسية"، دار البيـــان للطباعـــة، القاهرة (مصر).

٢٢. **فاروق السيد عثمان(٢٠٠١)**:"القلق وإدارة الضغوط النفسية – سلسلة المراجع في التربية و علم النفس"، دار الفكر العربي للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة (مصر).

٢٣. **فرانسيس شاهين وعبد الكريم جرادات(٢٠١٢)**:" مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي"، قسم علم النفس الإرشادي والتربوي ، كلية التربية، جامعة اليرموك(الأردن).

٢٤. **مايسة أحمد النيال (ابريل ١٩٩٦)**: "الخجل وبعض أبعاد الشخصية دراسة ارتقائية و ارتباطية"، مجلة الدراسات النفسية، العدد الثاني، مكتبة جابر الأحمد المركزية، الكويت (الكويت).

٢٥. **محمد السيد أحمد حوالة (٢٠٠٤)**: "أنماط الخوف الشائعة لدى الأطفال"، مجلة التربية، العدد (٩٧)، كلية التربية، جامعة أسيوط (مصر).

٢٦. **محمد السيد عبد الرحمن(٢٠٠٠)**:"علم الأمراض النفسية العقلية"، دار قباء للطبع و النشر و التوزيع، القاهرة (مصر).

٢٧. **محمد حسن غانم(٢٠٠٦)**:"الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية(الوبائيات – التعريف–محكات التشخيص– العلاج– المآل و المسار"، مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة (مصر).

٢٨. **محمد محروس الشناوي و محمد السيد عبد الرحمن(١٩٩٨)**:"العلاج السلوكي الحديث"، دار قباء للطبع و النشر و التوزيع ، القاهرة (مصر).

٢٩. **محمود عبد الرحمن حمودة(٢٠٠٧)**:"الطب النفسي و أمراض النفس"،طبعة خاصة، مركز الطب النفسي و العصبي للأطفال، القاهرة(مصر).

٣٠. **مدحت إسماعيل عبده(٢٠٠٣)**:"المناخ الوجداني للأسرة و علاقته بالخواف الاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية "، معهد الدراسات و البحوث التربوية، جامعة القاهرة(مصر).

٣١. **مصطفي نوري القمش وخليل المعايطة(٢٠٠٩)**:"الاضطرابات السلوكية والانفعالية"، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان (الأردن).

٣٢. **منى فيصل الخطيب(٢٠٠٣)**:"تأثير استراتيجيات ما وراء المعرفة لتعلم العلوم في التحصيل و التفكير الناقد لدى تلاميذ الصف الخامس الابتدائي"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس(القاهرة).

ثانياً: المراجع الأجنبية:-

1. **Abbot, M. J., & Rapee, R. M. (2004):**"Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment", Journal of Abnormal Psychology, Vol.113, pages (136–144).

2. **Al–Khani, M. A., & Arafa, M. A. (1990)**"Social phobia In Saudi patients: A preliminary assessment of prevalence and demographic characteristics", Manual of Saudi Medicine, Vol.10, 6th issue, pages(615-619).

3. **American Psychiatric Association (2000):**"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder",(4th ed. Text Revision), Washington, D.C (United States of America).

4. **Amir, N., Foa, E. B. & Coles, M. E. (1998)**:"Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia", Journal of Abnormal Psychology, Vol.107, Issue 2nd, pages (285–290).

5. **Beck, A. T. (1967):**"Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects", Harper & Row Print, New York (USA).

6. **Beck, A. T. (1976):**"Cognitive therapy and the emotional disorders", Meridian, Yew York (USA).

7. **Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979)**:"Cognitive therapy for depression", Guilford Press, New York (USA).

8. **Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985):**"Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective", Basic Books, New York (USA).

9. **Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989)**:"The Social phobia and anxiety inventory: Concurrent and external validity", Behavior Therapy, Vol.20, pages (417–427).

10. **Benedict, R.H.B., Harris, A.E., Markow, T., McCormick, J.A., Nuechterlein, K.H., Asarnow, R.F., (1994)**:"Effects of attention training on information processing in schizophrenia", Schizophrenia Bulletin, Vol.20, 3rd Issue, pages (537– 546).

11. **Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004):**"Mindfulness: A proposed operational definition (Clinical Psychology), Journal of Science and Practice, Vol.11, pages (230 –241).

12. **Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., et al. (2010)**:"Social anxiety disorder: Questions and

answers for the DSM-V", Depression and Anxiety Journal, Vol.27, pages (168-189).

13. **Borton, J. L. S., Markovitz, L. J., & Dieterich, J. (2005)**:"Effects of suppressing negative self-referent thoughts on mood and self-esteem", Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 24, pages (172-180).

14. **Bouman, T. K., & Meijer, K. J. (1999)**:"A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis", Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol. 6, pages (96–102).

15. **Brown, A. L. (1978)**:"Knowing when, where, and how to remember: A problem of metacognition", **In R. Glaser (Ed.)**,"Advances in instructional psychology", Hillsdale, Erlbaum (UK).

16. **Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003)**:"The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 84, pages (822–848).

17. **Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997):** "Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions questionnaire, Journal of Anxiety Disorders, Vol.11,pages (279–315).

18. **Casswell M. (2006)**:"The relationship between social anxiety, beliefs, metacognitions and post-event processing", University of Manchester, Manchester (UK).

19. **Cavanagh, M. J., & Franklin, J. (2000)**:"Attention training and hypochondriasis: Preliminary results of a controlled treatment trial", Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver (Canada).

20. **Chavira D. A. & Stein M. B. (2005)**:"Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment", Journal of Child and Adolescent Psychiatric, Clinics of North America, Vol. 14, 4th Issue, pages (797–818).

21. **Clark, D. M. (2001):**"A Cognitive perspective on social phobia, International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness), Wiley, Chichester (UK),

22. **Clark, D. M., & Wells, A. (1995):**"A Cognitive model of social phobia", In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneider (Eds.), "Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment", Guildford Press, New York (USA), pages (69–93).

23. **Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M. J. V., Waddington, L., et al. (2003):**"Cognitive therapy

versus Fluoxetine In generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial., Journal of Consulting and Clinical Psychology ,Vol. 71,pages(1058–1067)

24. **Clark, D. M.; Ehlers, A.; Hackmann, A.; McManus, F.; Fennell, M.; Grey, N.; Waddington, L. & Wild, J.(2006)**:"Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in the treatment of social phobia", Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 74(3), Jun 2006, pages(568-578).

25. **Clark, D., & McManus, F. (2001):**"Information processing in social phobia", Journal of Biological Psychiatry, Vol.51, pages (92-100).

26. **Cloitre, M., Heimberg, R. G., Holt, G. S., & Liebowitz, M. R. (1992):** "Reaction time to threat stimuli in panic disorder and social phobia", Behavior Research and Therapy, Vol.30, pages (609-617).

27. **Colbear, J., & Wells, A. (2008):** "Randomized controlled trial of metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder", Division of Clinical Psychology, University of Manchester (UK).

28. **Corcoran K.M., Segal Z.V. (2008)**:"Metacognition in depressive and anxiety disorders: Current directions", International Journal of Cognitive Therapy, Vol.1, pages (33-44).

29. **Dannahy, L., & Stopa, L. (2007):**"Post-event processing in social anxiety", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.45, 6th issue, pages (1207-1219).

30. **Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D., & Wilson, W. (1991):**"The Brief social phobia scale", Journal of Clinical Psychiatry, Vol.52, pages (48–51).

31. **Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000)**: "Does metacognitive theory enhance your understanding of pathological worry and anxiety?" Personality and Individual Differences, Vol.29, pages (513–526).

32. **De Jong-Meyer R., Beck B., Riede K. (2009):** "Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs", Journal of Personality and Individual Differences; Vol.46 (4), pages (547–551).

33. **Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H: (1991):** "Internationale klassifikation psychischer Störungen. ICD-10", Hans Huber Verlag, Bern (Germany).

34. **Edwards, S.L., Rapee, R.M. & Franklin, J.A (2003)**:"Post-event rumination and recall bias for a social performance event in high

and low socially anxious", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol.27, Issue 6th, pages (603-617).

35. **Ellis, A. (1962)**:"Reason and emotion in psychotherapy", Lyle Stuart Print ,New York (USA)

36. **Fehm, L., Schneider, G., & Hoyer, J. (2007)**:"Is post-event processing special for social phobia?" Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.38, pages (11–22).

37. **Field, A. P., & Morgan, J. (2004):** "Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals", Journal of Anxiety Disorders, Vol.18, pages (647–663).

38. **Field, C.D., Galletly, C., Anderson, D. & Walker, P. (1997)**:"Computer-aided cognitive rehabilitation: possible application to the attentional deficit of schizophrenia, a report of negative results", Journal of Perceptual and Motor Skill, Vol. 85, pages (995-1002).

39. **Fisher, P. L., & Wells, A. (2005):** "Experimental modification of beliefs in obsessive–compulsive Disorder: A test of the metacognitive model", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 43,pages(821–829)

40. **Fisher, P. L., & Wells, A. (2008)**: "Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.39, pages (117–132).

41. **Fisher, P. L., & Wells, A. (2009):** "Metacognitive therapy: The CBT Distinctive Features", Routhledge Print (USA).

42. **Flavell, J.H. (1979)**: Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry, Journal of American Psychologist, Vol.34,pages(906-911)

43. **Foa E.B., Gilboa-Schechtman E., Amir N., Freshman M. (2000)**:"Memory bias in generalized social phobia: Remembering negative emotional expressions", Journal of Anxiety Disorders, Vol.14, pages (501–519).

44. **Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986)**:"Emotional processing of fear: Exposure to corrective information", Psychological Bulletin, Vol.99, pages (20—35).

45. **Geh, Carolyn (2009)**: "The influence of anticipatory processing associated with anxiety on emotional states, physiological responses, and balance control", A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science, faculty of Graduate Studies, University of British Columbia, Vancouver (Germany).

46. George, L., & Stopa, L. (2008):"Private and public self-awareness in social anxiety, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 39, pages (57-72).

47. Ghafarzadeh, A., Mahmoodi A'alami, G., Azimi, H. & Heidari, J. (2005):"A review over the effect of identification of group therapy on the phobia of society", The scientific-researching quarterly Journal of Medical Science University of Mazandaran (Iran), Vol.15, 46th Issue, pages (103-110).

48. Glass, C. R., & Furlong, M. (1990): "Cognitive assessment of social anxiety: Affective and behavioral correlates", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol.14, pages (365–384).

49. Grayson, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. S. (1986): "Exposure in vivo of obsessive–compulsives under distracting and attention-focusing conditions: Replication and extension", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.24, pages (475–479).

50. Gretarsdottir, E., Borden, J. W., Meeks, S., & Depp, C. A. (2004):" Social anxiety in older adults: phenomenology, prevalence, and measurement", Behavior Research and Therapy, Vol. 42, pages (459-475).

51. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999): "Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change", Guilford Press, New York (USA).

52. Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002):"Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and Clinical strategies", Guilford Press, NY (USA).

53. Heinrichs, N. & Hofmann, G. S. (2001):"Information Processing In Social Phobia: A critical Review, Clinical Psychology Review, Vol.21, No.5; pages (751-770).

54. Henderson, L. & Zimbrado, P. (2001): "Shyness, Social Anxiety, & Social Phobia", **In S.G Hofmann, & P.M. Dibartot Eris** ,"From Social Anxiety to Social Phobia, Multiple Perspectives" ,(pages 46-64), Allyn & Bacon Press, Needham Heights, Massachusset (USA).

55. Hinrichsen, H., & Clark, D. M. (2003): "Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.34, pages (205-218).

56. Hirch, C.R. &Clark, D.M. (2004):"Information-Processing Biases in Social Phobia", Clinical Psychology Review, Vol.24, pages (799-825).

57. Hirsch, C. R., Mathews, A., Clark, D. M., Williams, R., & Morrison, J. A. (2006): "The causal role of negative imagery in social

anxiety: A test in confident public speakers", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.37, Issue 2nd, pages (159-170).

58. Hirsch, C.R. &Clark, D.M. (2004): Information-Processing Biases in Social Phobia. Clinical Psychology Review,Vol.24,pages(799-825)

59. Hofmann, S. G. (2000):"Self-focused Attention before and after treatment of social phobia", Journal of Behavior Research & Therapy, Vol.38, pages (717-725).

60. Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002):" Social phobia (social anxiety disorder)", In D. H. Barlow, (Ed.),"Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic", 2nd Ed, **Guilford** Press (NY).

61. Holeva, V., Tarrier N., Wells, A. (2001): "Prevalence and predictors of acute stress disorder and PSTD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support", Journal of Behavior therapy, Vol.32, pages (65-83).

62. Huppert, D. J., Roth, A. D., & Foa B. E. (2003):"Cognitive–Behavioral Treatment of Social Phobia", Journal of Current Psychiatry Reports, Department of Psychiatry, Pennsylvania (USA); pages (289-296).

63. Ingram, R. E. (1990): "Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model", Psychological Bulletin, Vol.107, pages (156 – 176).

64. Kabat-Zinn, J. (1990):"Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction", Clinic at the University of Massachusetts, Medical Center, Dell Print Co., New York (USA).

65. Kabat-Zinn, J. (1994): "Mindfulness meditation for everyday life", New York Press, New York (USA).

66. Karami J., Zakiei A., Rostami, S.(Spring 2012): "The role of metacognitive beliefs and self-efficacy in predicting social phobia in third grade boy students in Kermanshah", Journal of school psychology, University Of Razi (Iran) ,Vol.1,1st Issue, pages(62-75)

67. Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001):"Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions", Clinical Child and Family Psychology Review, Vol.4, pages (37–61).

68. Kelly, M. L. & Storch, E. A. (2009): "Anxiety disorder in youth", Journal of Pediatric Nursing, Vol.24, pages (26-40).

69. Kessler, R. C., McGonagle, KA,Zhao, S, Nelson, CB, Hughes M, Eshleman S. et al.(1994):"Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey", Archives General Psychiatry, Vol.51, Pages (8-19).

70. Khawaja, Nigar G. & McMahon, Janette (2011):"The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression", Journal of Behavior Change, Vol.28, 4th issue, pages (165-180).

71. Kocovski, N. L., & Rector, N. A. (2007): "Predictors of post-event rumination related to social anxiety", Cognitive Behavior Therapy, Vol. 36, pages (112–122).

72. Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005): "Ruminative coping and post-event processing in social anxiety", Journal of Behavioral Research and Therapy, Vol.43, pages (971-984).

73. Kronenberger, W.K., Meyer, R.G., (2001):"The child clinician's handbook", 2nd ed., Allyn & Bacon Press, Massachusetts (USA).

74. Lak, Zahra; Golzari, Mahmoud; Borj'ali, Ahmad; & Sedaghat, Ma'soumeh (September 2012)" The effectiveness of cognitive behavioral therapy on social phobia based on meta-cognitive variables", Mediterranean Journal of Social Sciences, Vol.3, 3rd Issue, pages (429-436).

75. Launay, G., & Slade, P. D. (1981):"The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners", Journal of Personality and Individual Differences, Vol. 2, pages (221-234).

76. Lavoie, Marie-Pier (2003): "Efficacité de l'Exposition in Vivo et l'Entrainement aux Habiletés de Phobie Sociale", Memoir de maitre, Université Laval, Quebec (France).

77. Leahy, R. L. (2002): "A model of emotional schemas", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 9, pages (177–190).

78. Leahy, R. L. (2003): "Emotional schemas and resistance", **In R. Leahy (Ed.),** "Roadblocks in cognitive behavioral therapy", The Guilford Press, NY (USA).

79. Leary, M. R. (1983):"Social anxiousness: the construct and its measurement", Journal of Personality Assessment, Vol. 47, pages (66-75).

80. Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A, Knapp M. A (February 2000):"European perspective on social

anxiety disorder", European Psychiatry Journal, Vol. 15,1st Issue, pages (5-16).

81. **Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004)**:"The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psycho-physiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder", Behavior Therapy Journal, Vol. 35, pages (747-766).

82. **Lincoln,T. M. ,Reif W. ,Hahlweg, K. ,Frank, M., Von Witzleben ,I. ,Schoeder,B., et al.(2005):** "Who somes ,who stayes ,who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in short intervention for social phobia", Journal of Psychotherapy Research, Vol.14, 3rd Issue, pages (210-225).

83. **Lundh, L. G. & Ost, L. G. (1996)**:"Recognition bias for critical faces in social Phobia", Journal of Behavior Research & Therapy, Vol.34, pages (787-794).

84. **Lundh, L. G., & Sperling, M. (2002)**: "Social anxiety and the post-event processing of socially distressing events", Journal of Cognitive Behavior Therapy, Vol.31,3rd Issue, pages (129-134)

85. **MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986)**:"Attentional bias in emotional disorders, Journal of Abnormal Psychology, Vol.95, Pages (15–20).

86. **Mahmoudi, M. Goudarzi, M. A., Taghavi, M. R. & Rahimi, C. (2010)**"The review of the effectiveness of the short-term treatment focuses on the symptoms of the disorder of the social phobia, the review of a single subject, Journal of the mental health,Vol.12,13th Issue, pages (41-63).

87. **Maidenberg, E., Chen, E., Craske, M., Bohn, P., Bystritsky, A. (1996):** "Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia", Journal of Anxiety Disorders, Vol.10, pages (529- 541).

88. **Mandel, D. R. (2003):**"Counterfactuals, emotions, and context", Journal of Cognition and Emotion, Vol.17, pages (139–159).

89. **Mansell, W. & Clark, D. M. (1999):** "How do I appear to others? social anxiety and processing of the observable self ", Behavior Research and Therapy, Vol.37, pages (419–434).

90. **Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003)**:"Internal versus external attention in social anxiety: An investigation using a novel paradigm", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.41, 5th Issue, pages (555-572).

91. **Margaret Semrud-Clikeman (Fall 2003)**: "Executive Function and Social Communication Disorders", Bulletin (2003), Academic Language Therapy Association (USA).

92. **Margraf, J. & Rudolf, K. (1999):** "Angst in sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie", **In Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg)**,"Soziale Kompetenz Soziale Phobie.Hohengehren", Schneider Verlag (Germany), pages (3-24).

93. **Martin, J. R. (2002):** "The common factor of mindfulness – An expanding discourse: Comment on Horowitz (2002)", Journal of Psychotherapy Integration, Vol.12, pages (139–142).

94. **Martin, L. L., & Tesser, A. (1996):** "Some ruminative thoughts", **In R. S. Wyer (Ed.),** "Advances in social cognition", Vol. 9, Erlbaum, Mahwah, New Jersey (USA).

95. **Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004):** "Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.42, pages (477–485).

96. **Matthews, G., & Harley, T. A. (1996):** "Connectionist models of emotional distress and attentional bias", Journal of Cognition and Emotion, Vol.10, pages (561–600).

97. **Mattia, J. I., Heimberg, R. G., and Hope, D. A. (1993):** "The Revised Stroop Color Naming Task in social phobics", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 31, pages (305-313).

98. **McCaul, K. D., & Hugtvedt, C. (1982)**:" Attention, distraction and cold-pressor pain", Journal of Personality and Social Psychology, Vol.43, pages (154-162).

99. **McEvoy M. Peter, Perini J. Sarah (2009):** "Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training, A controlled trial", Journal of Anxiety Disorders, University of New South Wales (Australia); pages (519-523).

100. **McEvoy, P. M., & Kingsep, P. (2006):** "The post-event processing questionnaire in a clinical sample with social phobia", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 44, pages (1689–1697).

101. **McEvoy, Peter M.; Mahoney, Alison; Perini, Sarah J.; Kingsep Patrick (2009):**"Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia", Journal of Anxiety Disorders ,University of New South Wales, (Australia), Vol.23, pages(617–623)

102. **McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. M. (2008)**:"Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety Behaviors as a maintaining factor", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.39, 2nd Issue, pages (147-161).

103. **McNally RJ (1996)**: "Cognitive bias in the anxiety disorders", Journal of Nebraska Symptom Motivation, Vol.43, pages (211–250).

104. **Mellings, T. M. B. & Alden, L. E. (2000):** "Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.38, pages (243-257).

105. **Mennin, D. S. (2004):** "Emotion regulation treatment for generalized anxiety disorder", Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol.11, pages (17–29).

106. **Metcalfe, J., & Shimamura, A. P. (1994):**"Metacognition: knowing about knowing", MIT Press, Cambridge (UK).

107. **Miguel Ángel Pérez Nieto, Marta M Redondo Delgado, Leticia León Mateos & Nereida Bueno(2010)**:"Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD", Universidad Camilo José Cela, Clínica y Salud ,Vol. 21, 2nd Issue, 2010 – Páges(159-166).

108. **Mogg, K., Bradley, B., de Bono, J., & Painter, M. (1997)**: "Time course of attentional bias for threat information in non-clinical anxiety", Journal of Behavior Research & Therapy, Vol.35, pages (297-303).

109. **Mogg, K.; Mathews, A.; & Weinman, J. (1987):** "Memory bias in clinical anxiety", Journal of Abnormal Psychology, Vol.96, pages (94-98).

110. **Mor, N., & Winquist, J. (2002):** "Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis", Psychological Bulletin, Vol.128, pages (638–662).

111. **Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000):** "Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations", British Journal of Clinical Psychology, Vol.39, pages (67–78).

112. **Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2003):** "Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations

in non-patients", British Journal of Clinical Psychology, Vol.41, pages (259–270).

113. **Mulkens, S., Bo ¨gels, S. M., de Jong, P. J., & Louwers, J. (2001):**"Fear of blushing: effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology, Journal of Anxiety Disorders, Vol.15, pages(413–432).

114. **Myers, S., Fisher, P. & Wells, A. (2009):** "Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study", International Journal of Cognitive Therapy, Vol.2, 2nd Issue, pages (424-436).

115. **Nelson, T. O., & Dunlosky, J. (1991)**: "When people's judgments of learning (JOLs) are extremely accurate at predicting subsequent recall: The "delayed JOL effect", Journal of Psychological Science, Vol. 2, pages (267–270).

116. **Nelson, T. O., & Narens, L. (1990):**"Meta-memory: A theoretical framework and some new findings". **In G. H. Bower (Ed.),** "The psychology of learning and motivation", pages (125–173), Academic Press, New York (USA).

117. **Nelson, T. O., Gerler, D., & Narens, L. (1984):** "Accuracy of feeling of knowing judgments for predicting perceptual identification and relearning", Journal of Experimental Psychology, Vol. 113, pages (282–300).

118. **Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, G., & Crawley, M. (1999):** "Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice"[Special issue: Metacognition and cognitive behavior therapy], Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol.6, pages (73–80).

119. **Nolen-Hoeksema, S. (2000)**: "The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms", Journal of Abnormal Psychology, Vol.109, pages (504–511).

120. **Nolen-Hoeksema, S. (2004):** "The response styles theory", In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), "Depressive rumination: nature, theory، and treatment", Wiley press, NY (USA).

121. **Nordahl, H. (2009):** "Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive behavioral therapy in general outpatient setting", NTNU Trandheim and Department of Psychiatry, Levangar Hospital, International Journal of Cognitive Therapy, Vol. 2,2nd Ed, Pages (152–159).

122. **Nuevo, R., Montorio, I. & Borkovec, T.D. (2004)**:"A test of the role of metaworry in the prediction of worry severity in an elderly sample", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 35, pages (209–218).

123. **Olbrich, R., & Mussgay, L. (1990):** "Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training: An evaluation study", European Archives of Psychiatry and Neurological Science, Vol.239, pages (366-369).

124. **Orsillo, S. M. (1999):** "National Center for PTSD– Women's Health Sciences Division:Measures for Social Phobia, Ch.13, Boston VA Healthcare System, and Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts, pages (169-171).

125. **Orsillo, S. M. (2001):** "Measures for social phobia. practitioner's guide to empirically based measures of anxiety" , Kluwer Academic Plenum, NY(USA) ,pages(165–187)

126. **Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998):"** Effects of attention training in Hypochondriasis: An experimental case series", Journal of Psychological Medicine, Vol.28, pages (193–200).

127. **Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000)"**Treatment of recurrent major depression with attention training", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol.7, pages (407–413).

128. **Papageorgiou, C. &Wells, A. (2001a):"** Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression", Journal of Cognitive and Behavioral Practice Vol.8, pages (160-164).

129. **Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b):** "Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report Scale", Journal of Behavior Therapy, Vol. 32, pages (13–26).

130. **Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003):** "An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol. 27, pages (261–273).

131. **Perini, S. J., Abbot, M. J., & Rapee, R. M. (2006)**: "Perception of performance as a mediator in the relationship between social anxiety and post-event rumination", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol. 30, pages (645–659).

132. **Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006)**:" Early maladaptive schemas and social phobia", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol.30, 5th Issue, pages (571-584).

133. **Purdon, C. (1999):** "Thought suppression and psychopathology", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 37, pages (1029–1054).

134. **Purdon, C. (July 2000):** "Metacognitive and the persistence of worry", Paper presented at the annual conference of the British Association of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Institute of Education, London (UK).

135. **Rachman S, Grüter-Andrew J, Shafran R. (2000):** " Post-event processing in social anxiety", Journal of Behavior Research Therapy, Vol.38, Issue 6th, pages (611-620).

136. **Rachman S. (1997)**: "A Cognitive Theory of Obsessions", Journal of Behavior Research therapy, Vol.35, Issue 9th, pages (793-800).

137. **Rachman, S. & Shafran, R. (1999):** "Cognitive distortions: Thought-action fusion", Journal of Cognitive Psychology and Psychotherapy, Vol.6, pages (80–85).

138. **Rachman, S. J. (2003):** "Compulsive checking", **In R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.),** "Obsessive compulsive disorder: Theory, research and treatment", The Wiley series in clinical psychology ed., pages (138- 180), Wiley, West Sussex (UK).

139. **Rapee, R.M., Heimberg, R.G. (1997):**"A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia", Journal of Behavioral. Research Therapy, Vol.35, pages (741–756).

140. **Rees, S. C., & Koesfeld, E. V. (2008):** "An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.39, pages (451-458).

141. **Reinecker, H. (1994):** "Soziale und spezifische Phobien", **In Reinecker, H. (Hrsg.):** "Lehrbuch der Klinischen Psychologie- Modelle psychischer Stoerungen", Verlag fuer Psychologie, Hogrefe (Goettingen), pages (117-156).

142. **Reynolds, M., & Wells, A. (1999):** "The thought control questionnaire: Psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression", Journal of Psychological Medicine, Vol.29, pages (1089–1099).

143. **Richards, A., & French, C. C. (1992):** "An anxiety-related bias in semantic activation when processing threat/neutral homographs", Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology, Vol.45, pages (503-520).

144. Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2007): "On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates"- a Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Barcelona (Spain), Behavior Research and Therapy, Vol.45, pages(1295–1305)

145. Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002): "Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models", Journal of Clinical Psychology, Science and Practice, Vol. 9, pages (54–68).

146. Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007): "An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder", Journal of Behavior Therapy, Vol.38, pages (72–85).

147. Roese, N. J. (1997): "Counterfactual thinking", Psychological Bulletin, Vol.121, pages (133–148).

148. Roese, N. J., & Olson, J. M. (1993): "Self-esteem and counterfactual thinking", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 65, pages (199–206).

149. Roussis, P. (2007): "Metacognitive factors in post-traumatic stress disorder (PTSD)", Unpublished Ph.D. thesis, Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester (UK).

150. Roussis, P., & Wells, A. (2006):"Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model", Journal of Personality and Individual Differences, Vol. 40, pages (111–122).

151. Rowa, K., & Antony, M. M. (2005):"Psychological treatments for social phobia", Canadian Journal of Psychiatry, Vol.50, pages (308–316).

152. Rubin, R. B., Palmgreen P., & Sypher, H. E. (1994): "Communication research measures: A sourcebook", Guilford Press, New York (USA).

153. Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004): "Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 42, pages (1469–1482).

154. Ruth, D. Antony & Swanson, M. R. (2001): "Interpretation for anxiety symptoms in social phobia", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.39, pages (129-138).

155. Salkovskis, P. M. (1985): "Obsessive–compulsive Problems: a cognitive–behavioral analysis", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 23, pages (571–583).

156. Salkovskis, P. M. (1998): "Psychological approaches to the understanding of obsessional problems", **In R. Swinson, M. Antony, S. Rachman, & M. Richter,** "Obsessive–compulsive disorder: theory, research and treatment", Guilford Publications, NY (USA).

157. Sartory, G., Rachman, S., & Grey, S.J. (1982): "Return of fear: The role of rehearsal", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.20, pages (123–133).

158. Schneider, W., Dumais, S. T., & Shiffrin, R. M. (1984): "Automatic and control processing and attention", **In R. Parasuraman & D. R. Davies (Eds.),** "Varieties of attention", **Academic Press, New York (USA).**

159. Schultz T. L., & Heimberg, G. R. (2008):"Attention focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes", Clinical Psychology Review ,Vol.28 ,pages(1206–1221)

160. Segal, Z. V., & Vella, D. D. (1990): "Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol.14, pages (161–176).

161. Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002): "Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse", Guilford, New York (USA).

162. Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996): "Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder", Journal of Anxiety Disorders, Vol.10, 5th Issue, pages (379-392).

163. Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977): "Controlled and automatic human information processing: Perceptual learning, automatic attending, and a general theory", Psychological Review, Vol.84, pages (127–190).

164. Sica, Claudio; Steketee, Gail; Ghisi, Marta; Rocco Chiri, Luigi and Franceschini, Sandro (2007): "Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles- A preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample", Clinical Psychology & Psychotherapy Vol.14, pages (258-268).

165. Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007):" Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an

emerging field and an extended example of cognitive control training for depression", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol.31, pages (235–262).

166. **Silva, P. J., & Brehm, J. W. (2001):**"Exploring alternative deterrents to emotional intensity: Anticipated happiness, distraction, and sadness", Journal of Cognition & Emotion, Vol.15, pages (575-592).

167. **Simons, M. (2010):** "Metacognitive therapy and other cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder", Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Aachen, Germany, pages (122-131).

168. **Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006):**"Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive–compulsive disorder", Journal of Psychotherapy and Psychosomatics, Vol.75, pages (257–264).

169. **Simpson, C., & Papageorgiou, C. (2003):** "Metacognitive beliefs about rumination in anger", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol.10, pages (91-94).

170. **Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B. & Wells, A. (2009):**"Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.47, pages (301-307).

171. **Solyum, L., Ledwidge, B., & Solyum, C. (1986)**:"Delineating social phobia**"**, British Journal of Psychiatry, Vol.149, pages (464-470).

172. **Spada, Marcantonio M.; Nikčevićb Ana V., Monetac Giovanni B., Wells, Adrian(2008):** "Metacognition, perceived stress, and negative emotion", Journal of Personality and Individual Differences, Volume 44, 5th Issue, pages(1172–1181).

173. **Stangier, U. & Heidenreich, T. (1999):** "Die Soziale Phobie aus kognitiv-bihavioraler Perspective", **In Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg)** "Soziale Kompetenz Soziale Phobie", Schneider Verlag, Hohengehren (Germany).

174. **Steinberg, L. (2002):** "Adolescence 6th Edition", McGrow Hill Print, New York (USA).

175. **Stirling, J., Barkus, E., & Lewis, S. (2007):** "Hallucination proneness, schizotypy and Metacognition", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.45, pages (1401–1408).

176. Stopa, L. & Clark, D. M. (1993): "Cognitive processes in social phobia", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.31, pages (255–267).

177. Stopa, L., & Clark, D. M. (2000): "Social phobia and interpretation of social events", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol. 38, pages (273–283).

178. Styliani, Gkika(2011):"The role of Metacognition in social anxiety", A thesis submitted to the University of Manchester for the degree of Doctor of Philosophy (PhD),Faculty of Medical and Human Sciences , University of Manchester(UK)

179. Suslow, T., K. Schonauer, et al. (2001): "Attention training in the cognitive rehabilitation of schizophrenic patients: A review of efficacy studies", Acta Psychiatr Scand, Vol.103, 1st Issue, pages (15-23).

180. Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002): "Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence", Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, pages (275-287).

181. Teasdale, J.D. (1999): "Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders", Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol.6, pages (146-156).

182. Toneatto, Tony (2002): "A Metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied: Association for Advancement of Behavioral Therapy, University Of Toronto(Canada), Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 9, pages (72-78).

183. Turner, S.M., Beidel, D.C., & Duncu, C.V. (1996): "Social phobia and anxiety inventory"[manual]", Multi-Health Systems, Canada.

184. Valmaggia, L., Bouman, T. K., & Schuurman, L. (2007): "Attention training with auditory hallucinations: A case study", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol.14, pages(127–133)

185. Vassilopoulos, S. (2005): "Social anxiety and the vigilance-avoidance pattern of attentional processing", Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol.33, pages (13–24).

186. Vassilopoulos, S. P. (2004): "Anticipatory processing in social anxiety", Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol. 32, pages (303–311).

187. **Vassilopoulos, S. P. (2008):** "Coping strategies and anticipatory processing in high and low socially anxious individuals", Journal of Anxiety Disorders, Vol. 22, pages (98–107).

188. **Voges, M., & Addington, J. (2005):** "The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis", Schizophrenia Research, Vol.76, pages (287-292).

189. **Waine, J., Broomfield, N.M., Banham, S., & Espie, C.A. (2009):** "Metacognitive beliefs in primary insomnia: Developing and validating the Metacognitions Questionnaire Insomnia (MCQ-I)", Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, Vol. 40, pages (15-23).

190. **Watkins, E. & Baracaia, S. (2001):** "Why do people ruminate in dysphoric moods?", Journal of Personality and Individual Differences, Vol.30, pages (723-734).

191. **Watkins, E., & Brown, R.G. (2002):** "Rumination and executive function in depression: An experimental study", Journal of Neurosurgery and Psychiatry, Vol. 72, pages (400–402).

192. **Watkins, E., & Moulds, M. (2005):** "Distinct modes of ruminative selffocus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression", Journal of Emotion, Vol.5, pages (319–328).

193. **Wayne, S. J., Coyle-Shapiro, J. A.-M., Eisenberger, R., Liden, R. C., Rousseau, D. M., & Shore, L. M. (2009)**: "Social influences", **In H. J.Klein, T. E. Becker, & J. P. Meyer (Eds.),** "Commitment in organizations Accumulated wisdom and new directions", Taylor & Francis Print, New York (USA).

194. **Wells A, White J, Carter Karin. (1997):** "Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia", Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy, Vol.4, Pages (226–232).

195. **Wells A. (2009):**"Metacognitive therapy for anxiety and depression **"**, Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews, Guilford Press: New York (USA).

196. **Wells A. (2010):**"Metacognitive therapy for anxiety and depression" ,Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews, Guilford Press, New York(USA),pages (39-41)

197. **Wells A., Clark D. M.** (1997):"Social phobia: A cognitive Approach. Phobias: A handbook of theory**"**, Research and Treatment, Wiley, Chichester (UK).

198. Wells, A. & Carter, K. (2001):"Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients", Behavior Therapy, Vol.32, pages (85–102).

199. Wells, A. & Cartwright-Hatton S. (2004): "A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.42, pages (385–396).

200. Wells, A. & Clark, D. M. (1997):"Social phobia: A cognitive approach", **In G. C. L. Dave (Ed.),** "Phobias: A handbook of description: treatment and theory", Wiley, Chichester (UK).

201. Wells, A. & King P. (2006):"Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.37, Academic Division of Clinical Psychology, University of Manchester, (UK), pages (206-212).

202. Wells, A. & Matthews, G. (1994): "Attention & emotion: A clinical Perspective", Hove, Erlbaum (UK).

203. Wells, A. & Papageorgiou, C. (1999):" The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia**",** Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.37, pages (653–658).

204. Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001a): "Brief cognitive therapy for social phobia: A case series", Journal of Behavior Branch and Therapy, Vol.39, pages (713-720).

205. Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001b):"Social Phobic Interception: Effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing**",** Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.39, pages (1–11).

206. Wells, A. & Paul, K. (2006):"Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.37, Academic Division of Clinical Psychology, University of Manchester(UK), pages (206–212).

207. Wells, A. (1990):"Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attention training approach to treatment", Journal of Behavior Therapy, Vol.21, pages (273–280).

208. Wells, A. (1994):" A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory", Journal of Anxiety Stress and Coping, Vol.6, pages (289-299).

209. Wells, A. (1995): "Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder", Journal of Behavioral and

Cognitive Psychotherapy, University of Manchester (UK), Vol. 23, pages (301-320).

210. **Wells, A. (1997):** "Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide", Chichester, Wiley (UK).

211. **Wells, A. (2000):** "Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy", Wiley, Chichester (UK).

212. **Wells, A. (2005a):** "Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques", Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior, University Of Manchester Vol.23, No.4, pages (337-355).

213. **Wells, A. (2005b):** "The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder (GAD)", Journal of Cognitive Therapy and Research, Vol. 29, pages (107–121).

214. **Wells, A. (2006):** "Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment", Chapter No.8 (The anxious thoughts inventory and related measures of metacognition and worry), John Wiley & Sons, Ltd, Manchester (UK), pages (121-134).

215. **Wells, A. (2007):** "Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia", Association for Behavioral and Cognitive Therapies, University of Manchester(UK), pages (18–25).

216. **Wells, A. ; Fisher, P. ; Myers, S. ; Wheatley, J. ; Patel, T. & Brewin, R. Chris (2009):**"Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment", Academic Division of Clinical Psychology, University of Manchester(UK), pages (291-300).

217. **Wells, A., & Carter K. (2001):"** Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, Panic disorder, social phobia, depression, and non-patients", Journal of Behavior Therapy, Vol.32, pages (85-102).

218. **Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004):**"A short form of the metacognitions questionnaire:Properties of (MCQ 30)", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.42,pages (385–396)

219. **Wells, A., & Davies, M.I (1994):** "The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.32, pages (871-878).

220. **Wells, A., & King, P. (2006):** "Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol.37, pages (206–212).

221. **Wells, A., & Matthews, G. (1994):**"Attention and emotion: A clinical perspective", Erlbaum, Hove (UK).

222. **Wells, A., & Matthews, G. (1996):** "Modelling cognition in emotional disorder: The (S-REF) Model", Journal of Behavior Research and Therapy, Vol.32, pages (867–870).

223. **Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998):**"Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking", Behavior Therapy, Vol.29, pages (357–370).

224. **Wells, A., & Purdon, C. (1999):** "Introduction: Metacognition and cognitive–Behavior therapy [Special issue]", Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol. 6, pages (71–72).

225. **Wells, A., & Sembi, S. (2004):**"Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol.11, pages (365–377).

226. **Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. G. (1995)**:"Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs", Journal of Behavior Therapy, Vol.26, pages (153–161).

227. **Wells, A., Fisher, P. L., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. (2008)**: "An open trial of metacognitive therapy in the treatment of major depressive disorder", Academic Division of Clinical Psychology, University of Manchester (UK).

228. **Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., et al. (2008):**"Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 15, pages (85–92).

229. **Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2008):** "A randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder", Academic Division of Clinical Psychology, Behavior Research and Therapy, Vol.40, University of Manchester (UK).

230. **Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997):**"Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia", Journal of Clinical Psychology And Psychotherapy, Vol. 4, pages (226–232).

231. **Wells, A.; Fisher, P.; Myers, S.; Wheatley, J.; Patel, T. & Brewin, R. C. (2009)**:"Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment", Academic Division of Clinical Psychology, University of Manchester (UK).

232. **Williams, T. I., Salkovskis, P. M., Forrester, E. A., & Allsopp, M. A. (2002):** "Changes in symptoms of OCD and appraisal of responsibility during cognitive Behavioral treatment: A pilot study", Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol.30, pages (69–78).

233. **Wittchen, H.U.(2001)**:"Diagnosis and classification of mental and behavioral disorders", **In: Smelser, N.J., Baltes, P.B. (Eds.),** International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, Pergamon ,Oxford (UK).

234. **Zoccolillo , M. (1992)** :"Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders preview**",** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ,Vol. 31,page (547).

ثالثاً: المواقع الاليكترونية و الانترنت:-

1. http://www.sehha.com/mentalhealth/anxiety-stress.htm

- **محمد عبد الله شاووش (٢٠٠١)**:"القلق والتوتر النفسي Anxiety & Stress disorders"، استشاري الطب النفسي و مدير مستشفى الصحة النفسية، جدة (السعودية).

2. http://www.feedo.net/raisingchlidren/caringforchildren

- **المشكلات الاجتماعية**

3. http://www.mct-institute.com/metacog.html

- **معهد العلاج ما وراء المعرفي "MCT Institute"**

4. http://www.ibrahim.1952.jeeran.com

- **محمد إبراهيم محمد محمد(٢٠٠٩)**:"ما وراء المعرفة المكونات والاستراتيجيات"، موقع علم النفس التربوي ،مدرس علم النفس التربوي كلية التربية،جامعة المنيا- متاح أيضاً على الموقع الاليكتروني (www.edutest.0fees.net).

5. http://www.bafree.net/alhisn

- **سامر جميل رضوان(٢٠١١)**:"الحصن النفسي- شبكة الحصن لحياة أفضل- بوابة التخلص من الخجل - الخوف - الرهاب الاجتماعي "،أستاذ الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة دمشق (سوريا).

6. http://www.Psych-it.com

- **النظريـــة الوظيفيـــة التنفيذيـــة لتنظـــيم الـــذات(٢٠١٢)(Self-Regularity Executive Function Theory).

7. http://www.hayatnafs.com/specialtopics/diagnosisofsocialphobia.htm

- **حسان المالح(٢٠٠٣)**:"حياتنا النفسية – تـشخيص الرهـــاب الاجتمـــاعي" The Diagnosis Of Social Phobia متاح أيضاً على المجلة البريطانيـــة للطـــب النفـــسي (www.bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/176/4/379).

8. http://www.hayatnafs.com/derasat_maidania/

- **حسان المالح و فيصل محمد خير الزراد و آخرين(٢٠٠٤)**:"الرهاب الاجتمـــاعي عند العرب"– دراسة وصفية حول انتشار هذا الاضطراب وخصائصه العامة والعيادية لدى عينة من مستخدمي الانترنت العرب ومقارنتها مع عينة عشوائية عيادية.

9. http://www.yemen-nic.info/contents/studies/

- **رضية على محمد شمسان(٢٠٠٤)**:" برنـــامج علاجـــي (معرفـــي – ســـلوكي) لمرضى الرهاب الاجتماعي – دراسة نفسية تجريبية"،رسالة دكتوراه ، كلية الآداب، جامعة صنعاء(اليمن).

الملاحق

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (١)	الطلب المعتمد للموافقة على إجراء الدراسة
ملحق رقم (٢)	استمارة بيانات الطالب المعلم
ملحق رقم (٣)	استمارة صياغة الحالة العلاجية
ملحق رقم (٤)	أسماء السادة المحكمين لمقياس الفوبيا الاجتماعية(LSPS) و قائمة الأفكار المقلقة(AnTI)
ملحق رقم (٥)	الصورة النهائية لمقياس الفوبيا الاجتماعية(LSPS)
ملحق رقم (٦)	الصورة النهائية لقائمة الأفكار المقلقة(AnTI)
ملحق رقم (٧)	أسماء السادة أعضاء هيئة التدريس محكمي البرنامج العلاجي
ملحق رقم (٨)	الصورة النهائية للبرنامج العلاجي
ملحق رقم (٩)	قائمة أبعاد المعتقدات ما وراء المعرفية المستهدفة في البرنامج العلاجي
ملحق رقم (١٠)	قائمة المواقف و السلوكيات الاجتماعية التي تم تنفيذها خلال البرنامج العلاجي
ملحق رقم (١١)	استمارة تسجيل ممارسات التدريب الانتباهي
ملحق رقم (١٢)	استمارة تقييم نتائج التجارب السلوكية و التعرضية بعد انتهاء الجلسة
ملحق رقم (١٣)	استمارة تقييم أفراد المجموعة العلاجية لفوائد البرنامج بعد انتهاءه مباشرة
ملحق رقم (١٤)	استمارة تقييم أفراد المجموعة العلاجية لأهداف البرنامج و محتوى جلساته

ملحق رقم (١)

الطلب المعتمد للموافقة على إجراء الدراسة

جامعة أسيوط

كلية التربية

قسم علم النفس

السيد الأستاذ الدكتور/أحمد سيد محمد إبراهيم

عميد كلية التربية – جامعة أسيوط

تحية طيبة و بعد،

يقوم الباحث /وليد محمد محمد سيد -المسجل لدرجة الماجستير في التربية بدراسة بعنوان:

" فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات" مما يتطلب تطبيق ادوات البحث على طلاب كلية التربية الفرقة الثالثة و الرابعة بجامعة أسيوط ،لذا ارجو من سيادتكم الموافقة تطبيق ادوات البحث داخل الكلية .

و تفضلوا بقبول فائق التحية والتقدير

هيئة الاشراف	**رئيس القسم**	**يعتمد،،** **عميد الكلية**
أ.د/حمدي شاكر محمود	**أ.د/ محمد رياض أحمد**	**أ.د/ أحمد سيد ابراهيم**
د/عبد الله محمد عبد الظاهر		

أ.د/ جمال فكري

مع عدم الإخلال بالعملية التعليمية

ويكون التطبيق في غير أوقات الجداول الدراسية

٨ /١٢/ ٢٠١١

ملحق رقم (٢)

استمارة بيانات الطالب المعلم

استمارة بيانات الطالب المعلم

ملحوظة هامة-

بيانات هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي الخاص بالبحث موضع الدراسة

أولا:- بيانات عن الطالب:-

١-اسم الطالب :- **٢- الكلية:-**

٣-الفرقة:- **٤-الشعبة:-**

٥-النــوع:-ذكر( ) أنثى( ) **٦-السن:-**

٧-الديانـــة:- **٨-حالة القيـد** مستجـد ( ) باقي للإعـادة ( )

٩-عنوان الأســرة:- **المدينة:-**

١٠-تقدير الفرقة السابقة:- **١٠- تقدير الفرقة الأولي:-**

١١-عدد الإخوة و الأخوات:- **١٢-ترتيبك بين أخوتك :-**

١٢-علاقتك بوالديك قوية ( ) متوسطة ( ) ضعيفة ( )

١٣-علاقتك الأسرية بأخوتك قوية ( ) متوسطة ( ) ضعيفة ( )

١٤- علاقتك بزملائك في الفرقة قوية ( ) متوسطة ( ) ضعيفة ( )

١٦- علاقتك الاجتماعية بالأقارب قوية ( ) متوسطة ( ) ضعيفة ( )

١٧- علاقتك الاجتماعية بالجيران قوية ( ) متوسطة ( ) ضعيفة ( )

١٨-مدى تقبلك لاضطرابك القلقي متقبل ( ) غير متقبل ( ) إلي حد ما ( )

ثانيا بيانات عن الأسرة:-

١٩-الحالة التعليمية للوالد:- **الوظيفـــة:-**

الحالة المزاجية:- دبلوماسي متحاور ( ) أحياناً ( ) متعسف"متسلط" ( )

٢٠-الحالة التعليمية للوالدة:- **الوظيفـــة:-**

الحالة المزاجية:- دبلوماسية متحاورة ( ) أحياناً ( ) متعسفة"متسلطة" ( )

٢١-القرابة بين الأب والأم يوجد ( ) لا يوجد ( )

٢٢- هل يعاني أحد أفراد الأسرة من أي أمراض عضوية أو نفسية ؟ نعم ( ) لا ( )

في حال الإجابة بنعم اذكر من فضلك اذكر الشخص/الأشخاص و كذلك هذه الاضطرابات الانفعالية التي يعانيها:- **الشخص:-** **الاضطراب:-**

٢٣-أجمالي الدخل الشهري للأسرة بالجنية المصري:-

ملحق رقم (٣)

استمارة صياغة الحالة العلاجية

استمارة صياغة الحالة "Case Formulation "

- **ملحوظة هامة :.**

أن البيانات التي يتم كتابتها في هذا الاستبيان سرية و لا يتم الاطلاع عليها إلا من قبل الباحث و لأغراض البحث الجاري

الاسم :   الفرقة :

الشعبة :   النوع : ذكر ☐ أنثى ☐

يعاني العديد من طلاب الكلية من تملك المخاوف الاجتماعية و العقبات التفاعلية في العديد من المواقف الاجتماعية و الأدائية و التي يكون الطالب فيها عاجز عن التصرف أو الأداء بشكل لائق مقبول اجتماعياً فقد يوضع الطالب/الطالبة في مواقف يتملكه فيها القلق البالغ الغير مبرر سواء كان لحضور مواقف أو مناسبات اجتماعية (على سبيل المثال: حضور حفل زفاف) ؛أو الأداء الاجتماعي التفاعلي (على سبيل المثال: التدريس في حصص التربية العملي) . من فضلك قم بالتركيز على آخر موقف مقلق أو سلوك اجتماعي غير لائق كنت قد عايشته الأسبوع الماضي.

أخي الطالب .... أختي الطالبة ....

١. ما هو آخر موقف اجتماعي مقلق أو مناسبة اجتماعية مزعجة عايشت فيها درجة مرتفعة من القلق الاجتماعي؟"بإمكانك التصريح بموقفين أو مناسبتين على الأقل".

أ. ....

....

ب. ....

....

٢. ما هي الفكرة المحفزة التي أثارت تلك القلاقل و المخاوف تجاه هذا الموقف أو المناسبة الاجتماعية أو موقف الأداء الاجتماعي التفاعلي بالنسبة إليك؟

....

....

٣. منذ متى عانيت من هذه الفكرة؟ثم ما هي دواعي القلق بشأن حدوث تلك الفكرة أو المعتقد المزعج ؟"اذكر تلك الدواعي في ضوء موقف أو أداء اجتماعي سابق؟؟"

....

....

٤. عندما انزعجت بشأن تلك الأشياء كيف أثّر عليك هذا الأمر انفعالياً؟(استجواب)"هل شعرت بالقلق؟"، في حال الإجابة بنعم "ما الأعراض السلوكية التي انتابتك وكذلك المشاعر التي سيطرت عليك تجاه تلك المواقف أو المناسبات ؟"

أ- الأعراض الظاهرة

....

....

ب- المشاعر المسيطرة:-

....

....

٥. منذ متى عانيت من هذه المشاعر و الأعراض المزعجة التي ذكرتها؟، هل اعتقدت بحدوث ما يسوء نتيجة لشعورك بهذا الموقف؟"في اعتقادك ما أسوا ما قد يحدث لو استمررت في الانزعاج من هذه المشاعر و الأعراض؟"

....

....

٦. هل تعتقد بوجود تأثيرات لتلك للأعراض و المشاعر على كفاءة العمليات المعرفية لديك(على سبيل المثال: عدم قدرتك على الانتباه أو التركيز أو صعوبة في عمليات حفظ و استرجاع المعلومات)؟

....

....

٧. ١. هل تعتقد أن القلق مضر بشكل أو بآخر؟(استجواب)"هل بإمكان القلق أن يكون خطير سواء على جسدك أو عقلك؟"

....

....

٢. هل حاولت من قبل التوقف عن الاستمرار في القلق عن طريق اتخاذك قرار بعدم الانخراط فيه في وقت معين؟

....

....

٨. ١." يبدو القلق مشكلة عويصة .... ! ؛ بالتالي لماذا لا تحاول إيقافه ؟"(استجواب)"هل تعتقد أن القلق لا تحكمي و يصعب السيطرة عليه؟"

....

....

٢. هل توظف استراتيجيات أو سلوكيات أثناء هذه المواقف أو الأحداث كمحاولة للتحكم في الأفكار، أو كعدم التفكير عن الأشياء التي ربما تثير القلق لديك؟

....

....

٩. بعيداً عن الاعتقادات السلبية عن القلق، هل تعتقد أن القلق مفيد بشكل أو بآخر؟(استجواب)"هل يساعدك القلق على مواجهة الأفكار المزعجة التي ربما تتطفل عليك؟هل يساعدك على التنبؤ بالمشكلات مع محاولة حلها؟ باعتقادك هل هناك أي مزايا للقلق؟"

....

....

ملحق رقم (٤)

اسماء السادة اعضاء هيئة التدريس محكمي مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS) و قائمة الافكار المقلقة(AnTI)

	الاسم	الدرجة العلمية
١	أ.د/محمد أحمد إبراهيم سعفان	أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة الزقازيق
٢	أ.د/صلاح الدين حسين الشريف	أستاذ علم النفس التربوي المتفرغ - كلية التربية - جامعة أسيوط
٣	أ.د/عماد أحمد حسن	أستاذ علم النفس التربوي -كلية التربية - جامعة أسيوط
٤	أ.د/أمام مصطفي سيد	أستاذ علم النفس التربوي -كلية التربية - جامعة أسيوط
٥	د/حسين حسن حسين طاحون	أستاذ علم النفس التربوي المساعد –كلية التربية - جامعة عين شمس
٦	د/عفاف أحمد محمد جعيص	أستاذ الصحة النفسية المساعد –كلية التربية – جامعة أسيوط
٧	د/مديحة محمود الجنادي	أستاذ الصحة النفسية المساعد –كلية التربية – جامعة أسيوط
٨	د/نور الهدي عمر محمد	أستاذ الصحة النفسية المساعد –كلية التربية – جامعة أسيوط
٩	د/خضر مخيمر ابو زيد	أستاذ علم النفس التربوي المساعد-كلية التربية - جامعة أسيوط
١٠	د/صموئيل تامر بشري	أستاذ علم النفس التربوي المساعد-كلية التربية - جامعة أسيوط
١١	د/تامر شوقي إبراهيم	مدرس علم النفس والتقويم التربوى –كلية التربية – جامعة عين شمس
١٢	د/ السيد أحمد علي الكيلاني	مدرس التربية الخاصة –كلية التربية - جامعة عين شمس
١٣	د/مصطفى عبد المحسن عبد التواب	مدرس الصحة النفسية –كلية التربية - جامعة أسيوط

ملحق رقم (٥)

الصورة النهائية لمقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS)

(LSPS)

الاسم بالكامل: **النوع:** ذكر ☐ أنثى ☐

الفرقة: **الشعبة:** **تاريخ الميلاد:** / / م

أخي الطالب .... أختي الطالبة ....

تعايش في حياتك عدداً متنوعاً من المواقف و السلوكيات الاجتماعية تم إدراج بعضها في الأسفل. من فضلك اقرأ كل موقف أو سلوك اجتماعي بحرص و أجب عن سؤالين يتعلقان بهذا الموقف أو السلوك الاجتماعي

- **السؤال الأول يتعلق بمستوى شعورك بالقلق و الخوف في الموقف أو السلوك الاجتماعي......**
- **السؤال الثاني يتعلق بمستوى ميلك لتجنب الموقف أو السلوك الاجتماعي......**

لو قرأت أي موقف أو سلوك لم تعايشه بشكل اعتيادي تخيل نفسك بصدده و أسأل نفسك "ماذا لو عايشت مثل هذا الموقف أو فُرض عليك مواجهته؟"

م	الموقف أو السلوك الاجتماعي	مستوى الخوف			مستوى التجنب			
١	تشارك مع مجموعة عمل في القيام بتكليف مشترك.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٢	تناول الطعام في أماكن عامة يراقبك الآخرون فيها.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٣	تتحدث مع شخص مسئول "عميد – مدير - موجه".	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٤	تقدم موضوعاً أو مشكلة مهمة أمام الآخرين.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٥	تذهب إلى المناسبات و الاحتفالات العامة.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٦	تؤدي بعض المهام و أنت مُراقب من الآخرين.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٧	تكتب ملاحظات المحاضرة بينما يلاحظك زملاؤك.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٨	تتحدث مع غرباء.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
٩	تبادر لتحية شخص لا تعرفه.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٠	ترتبك عند مراقبة الآخرين لك.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١١	تحضر مقابلة شخصية بغرض العمل.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٢	تنظر مباشرة إلى شخص غريب.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٣	تصرح برفضك لوجهة نظر شخص آخر.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٤	تلقي محاضرة أو كلمة أمام الآخرين.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٥	تصرح لشخص ما عن قدر حبك و تقديرك له.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٦	تسترجع ثمن سلعة قمت بشرائها من محل تجاري.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٧	تجهز لاحتفال و مناسبة اجتماعية عامة.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٨	تتحدث وجهاً لوجه مع شخص لا تعرفه.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة
١٩	تلقى النظر إلى شخص تربطك به علاقة سطحية.	خفيف	متوسط	حاد	احيانا	غالبا	عادة

ملحق رقم (٦)

الصورة النهائية لقائمة الأفكار المقلقة(AnTI)

(AnTI-22)

الاسم بالكامل : النوع : ذكر ☐ أنثى ☐

الفرقة : الشعبة : تاريخ الميلاد : / / م

أخي الطالب . . . . أختي الطالبة . . . .

من فضلك أقرأ كل عبارة بعناية وحدد مدى حيازتك لتلك الأفكار و درجة تواردها على ذهنك بوضع علامة (✓) في المربع المناسب .برجاء عدم الاستغراق في التفكير عند كل عبارة علماً بأنه لا توجد عبارة صحيحة و أخرى خاطئة و عادة ما تكون الاستجابة الأولى هي الاكثر دقة .

م	العبـــــارة	دائماً	كثيراً	قليلاً	احياناً	نادراً
١	أنزعج من مظهري الشخصي العام.					
٢	استغرق في التفكير سلبياً في أموري المستقبلية .					
٣	لو عانيت من أعراض مرضية فجائية أتوقع إصابتي بمرض خطير.					
٤	تراودني أفكار بأني مريض بمرض خطير لا يرجى شفاؤه.					
٥	أجد صعوبة في تصفية ذهني من الأفكار المزعجة .					
٦	ينتابني القلق بخصوص معاناتي من أزمة قلبية .					
٧	أتوتر بشدة من ارتكابي لأدنى خطأ أثناء تعاملي مع غرباء.					
٨	أنزعج من ضعف قدرتي على الأداء وفقاً لتوقعات الآخرين.					
٩	أنزعج بشدة من الأمور المتعلقة بحالتي الصحية.					
١٠	يراودني القلق من ضعف سيطرتي على أفكاري كما يجب.					
١١	أهتم بانفعالات و اتجاهات الآخرين نحوي.					
١٢	يَصعُب تقبلي لمواقف الفشل الاجتماعي السابقة .					
١٣	أرتبك بسهولة أمام الآخرين.					
١٤	أبالغ من تقديري لخطورة مشكلات صحية عادية .					
١٥	تسيطر الأفكار غير السارة على عقلي رغماً عن أرادتي.					
١٦	ينتابني القلق من ضعف مهاراتي الاجتماعية أمام الآخرين.					
١٧	أنزعج من عجزي عن مواجهة مشكلات الحياة بشكل طبيعي كالآخرين.					
١٨	تسيطر على عقلي فكرة الموت المفاجئ.					
١٩	ينتابني القلق من ظهوري كالأحمق أمام الآخرين.					
٢٠	أفتقد الكثير من متع الحياة بسبب قلقي البالغ.					
٢١	تتطفل عليَّ أفكار مزعجة تتضمن كلمات و محتوى متكرر.					

ملحق رقم (٧)

أسماء السادة أعضاء هيئة التدريس محكمي البرنامج العلاجي

	الاسم	الدرجة العلمية
١	أ.د/ عادل عز الدين الأشول	أستاذ الصحة النفسية المتفرغ- كلية التربية - جامعة عين شمس
٢	أ.د /عبد الرقيب أحمد البحيري	أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة أسيوط
٣	أ.د/حسام إسماعيل هيبة	أستاذ الصحة النفسية المساعد - كلية التربية - جامعة عين شمس
٤	د/مديحة محمود الجنادي	أستاذ الصحة النفسية المساعد -كلية التربية - جامعة أسيوط
٥	د/عفاف أحمد محمد جعيص	أستاذ الصحة النفسية المساعد -كلية التربية - جامعة أسيوط
٦	د/أشرف محمد عبد الحليم	مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة عين شمس
٧	د/مصطفى عبد المحسن عبد التواب	مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة أسيوط

ملحق رقم (٨)

الصورة النهائية للبرنامج العلاجي

برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة لخفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين

"الصورة النهائية"

إعداد

الباحث / وليد محمد محمد سيد

كلية التربية – قسم علم النفس – تخصص صحة نفسية

العام الجامعي ٢٠١٢/٢٠١٣ م

مخطط عام لجلسات البرنامج العلاجي

الهدف العام: خفض اضطراب الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين **عدد الجلسات:** (١١)جلسة علاجية **إجمالي الساعات:** (٢٢) ساعة

(الجلسة الأولي) التعارف والتعريف بالبرنامج العلاجي مع البدء في صياغة الحالة العلاجية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية	
الأهـــــــداف الخـــــاصـــــة	**الفنيات و الاستراتيجيات**
• إحداث التعارف بين المعالج و العينة العلاجية مع إشاعة جو من الألفة و الثقة و الود بين أفراد العينة العلاجية و المعالج. • تعريف أفراد العينة العلاجية بالبرنامج و أهدافه وما يحتويه من جلسات و إقناعهم بفوائده و أهميته العلاجية مع إثارة دافعيتهم و حثهم للالتزام بالحضور في المواعيد المحددة سلفاً بالإضافة إلى التأكيد على تنفيذ الواجب المنزلي مع تسجيل تلك التكليفات في سجل يومي لتوضيح مدى الالتزام و جديه تنفيذ تلك التكليفات المطلوبة من أفراد العينة العلاجية. • تطبيق أدوات الدراسة التشخيصية "مقياس الفوبيا الاجتماعية – قائمة الأفكار المقلقة – مقياس ما وراء المعرفة". • تعريف أفراد العينة العلاجية بمفهوم و أهداف و فنيات العلاج ما وراء المعرفي و طبيعة اضطراب الفوبيا الاجتماعية و أشكاله و أنماطه و العوامل التي تعمل على نشأته و تعزيزه سواء كانت ذاتية ترجع للفرد ذاته أو بيئية تتعلق بالمحيط الاجتماعي الذي يعيشه بالإضافة إلى توضيح منطقية العلاج ما وراء المعرفي للفوبيا الاجتماعية الذي سيتم عرضه في الجلسات العلاجية عن طريق أسلوب المحاضرة والمناقشة.كما يتم في هذه الخطوة التعريف بالاستراتيجيات الانتباهية المميزة للفوبيا الاجتماعية في المواقف و التصرفات و السلوكيات الحياتية الشائعة مع التأكيد على عدم جدواها في التخلص أو على الأقل التخفيف من الاضطراب الانفعالي. • الاستفسار عن تأثير الاستراتيجيات والسلوكيات التي ربما يوظفها المتعالج	• المحاضرة والمناقشة • الحوار السقراطي • أساليب إعادة العزو السببي اللفظية • الكبح الفكري و الكبح المضاد • فقدان التحكم • التداعي الحر • التوجية ما وراء المعرفي

(الجلسة الأولي) التعارف والتعريف بالبرنامج العلاجي مع البدء في صياغة الحالة العلاجية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية	
الأهـــــــداف الخـــــاصـــــة	**الفنيات و الاستراتيجيات**
للتحكم في الأفكار و المعتقدات التطفلية المزعجة باستخدام أساليب إعادة العزو السببي اللفظية بغرض رفع مستوى ما وراء الوعي.كما يتم في هـذه الخطـوة طرح العديد من التساؤلات بأسلوب الحوار السقراطي للاستفسار عـن تـأثير استراتيجيات المواجهة (المسايرة) غير المجديـة و الـسلوكيات و الأعـراض الانفعالية غير المقبولة في بعض المواقف الاجتماعيـة و مـدي تـأثير تلـك الأعراض و السلوكيات المختلة على ذواتهم و الآخرين أثناء تكليفهم باسـتيفاء استمارة صياغة الحالة العلاجية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية عند تحديد أبعـاد المشكلة التي يعانيها كل فرد من أفراد العينة العلاجية. • التسأول على مدى تأثيرات السلوكيات الغير مجدية و التـصرفات الاجتماعيـة غير اللائقة باستخدام أسلوب الحوار السقراطي عن بطرح الأسئلة التي يفترضها المعالج عن طريق التغذية المرتدة من أفراد العينة العلاجية. • تعريف أفراد العينة العلاجية بإستراتيجية شائعة يستخدمها غالبية الأفراد تـدعى تجارب الكبح الفكري و الكبح المضاد باعتبارها من أكثر الاستراتيجيات شيوعاً و التي يتم تنفيذها بغرض السيطرة على ما يحيط بالفرد من أفكار و التحكم فيما يتوارد على العقل من معتقدات و أفكار تطفلية و على الأخص إذا مـا كانـت متعلقة بتوقع تهديد أو خطورة من العواقب السلبية لموقف أو حـدث اجتمـاعي مخيف. • تطبيق أسلوب المحاضرة و المناقشة بغرض أثبات عدم فعالية تجربـة الكـبح الفكري و الكبح المضاد في التخلص من الأفكار والمعتقدات التطفلية المزعجـة مع القيام بتجربة للكبح الفكر كمثال لمعرفة مدى قدرة الفـرد علـى الـتحكم و السيطرة على أفكاره و انزعاجه وفق هذه الإستراتيجية و يكون تنفيذ بداية مـع محفز حيادي ثم بالتتابع مع محفزات أخرى أكثر خطورة و تهديداً؛ بعدها يـتم تقديم تجربة فقدان التحكم و توضيح الغرض من تطبيقها و المتمثل في خفـض خوف المتعالج المتعلق بالتأثيرات السلبية لبعض الأفكار و المعتقدات الاجتماعية	مهمة النمر

(الجلسة الحادية عشر) التدعيم باستراتيجيات منع الانتكاس مع تقييم آثار البرنامج العلاجي	
الأهــــــــــداف الخــــــاصـــــــــة	**الفنيات و الاستراتيجيات**
- مناقشة ما تم كتابته من ملخص حول فاعلية البرنامج في تفنيـد معتقـدات القلــق الايجابي ، وعلى الأخص مع المحفزات الأكثر تهديداً . - مناقشة استمارات تقييم فوائد البرنامج العلاجي بعد انتهاءه مباشرة التي تم تكليـف أفراد العينة العلاجية باستيفائها. • **تقييم البرنامج ومعرفة آراء العينة في البرنامج ومدى الرضا عن البرنامج العلاجي من خلال:** ♦ مراجعة الملخصات المكتوبة حول فاعلية البرنامج العلاجي في تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية بأبعادها المتباينة و كذلك في إيقاف أو على الأقل تحجيم المتلازمة المعرفية الانتباهية اللاتوافقية لكل متعالج في ضوء استمارة صياغة الحالة التي تم استيفائها في بداية البرنامج.يرجى الإحاطة بان الأبعاد المـستهدفة مـن قبـل البرنامج العلاجي لخفض اضطراب الفوبيا الاجتماعية هي:المعتقـدات الـسلبية المتعلقة بالذات(الوعي الذاتي السلبي) – المعتقدات المتعلقة بالمسئولية الذاتية عن الناتج السلبي الحادث المسئولة عن تحفيز معالجات ما بعد الموقف– المعتقـدات المتعلقة بحتمية وقوع التقييم و العواقب السلبية" التشاؤم/توقع السوء"المسئولة عن تحفيز المعالجات المسبقة– معتقدات القلق الايجابي. ♦ تكليف أفراد العينة العلاجية باستيفاء استمارة لتقييم البرنـامج العلاجـي بحيـث تشتمل على عناصر تقييم البرنامج العلاجي على العناصر التاليـة (الأهـداف – المحتوى – الفنيات– مقترحات لتحسين البرنامج). • **العمل على نسخة من البرنامج العلاجي (منع الانتكاس) على أن تتـضمن الخطـة الجوانب التالية:** ♦ تدعيم خطة إحلال انتباهية/ سلوكية لعمليـات الانتبـاه و معالجـة المعلومـات الاجتماعية مع توضيحها بالأمثلة. ♦ تحديد التطبيقات المستمرة (فنية التدريب على الانتباه – إستراتيجية بيتس للتعرض ما وراء المعرفي– أساليب إعادة العزو السلوكي–أساليب إعادة التركيز الموقفي للانتباه)	

<table>
<tr><td colspan="2">(الجلسة الحادية عشر)
التدعيم باستراتيجيات منع الانتكاس مع تقييم آثار البرنامج العلاجي</td></tr>
<tr><td>الأهـــــــــداف الخـــــاصـــــــــة</td><td>الفنيات و الاستراتيجيات</td></tr>
<tr><td>• الاتفاق على موعد جلسة المتابعة بغرض تطبيق المقاييس في المرحلة التتبعيـــة ؛ وتكون بعد(٨)ثمانية أسابيع.</td><td></td></tr>
</table>

ملحق رقم (٩)

قائمة أبعاد المعتقدات ما وراء المعرفية المستهدفة في البرنامج العلاجي

البُعد الأول :المعتقدات السلبية المتعلقة بالذات" الوعي الذاتي السلبي "

- اشعر أنني اقل من غيري.
- اشعر بمراقبة الآخرين لي بشكل عام على الأخص أثناء لقيام بمهامي الخاصة.
- اشعر بالمراقبة المستمرة لي عند تواجدي في مكان مزدحم بشكل يفقدني السيطرة على نفسي.
- اعتقد أني غريب الأطوار/غير متوافق لدرجة القيام بتصرفات تدفع الآخرين لمراقبتي.
- اشعر بالضعف عند محاورة الآخرين لإثبات وجهة نظري في قضية أو موضوع ما و على الأخص شخص غريب عني.
- اشعر بأنني أقل شأناً من الآخرين/أني متهاون في حق نفسي لعدم حيازتي بعض المهارات التفاعلية والاتصالية.
- يلاحظ الآخرين جوانب الضعف و القصور لدي لو تكلمت أو تحدثت مع شخص غريب عني.
- أتوتر في المواقف و التفاعلات الاجتماعية التي تجمعني أو تربطني مع الجنس الآخر.
- افتقد روح المبادرة لعرض موضوع أو مشكلة عن موضوع أو شأن حتى لو كان الموضوع أو المشكلة هامة وجوهرية.
- افتقد للمهارات التفاعلية الاجتماعية الملائمة التي تمكني من التعامل مع المسئولين أو الأشخاص ذوي السلطة.
- تنقصني روح المبادرة عندما أتحدث مع غرباء أو أشخاص من الجنس الآخر.
- تظهر عيوبي الجسمية بوضوح عند تصويري بكاميرا ثابتة أو متحركة بالتالي سأتجنبه.
- عدم امتلاكي مهارات التواصل الفعال يجعلني أقل كفاءة في التفاعل مع الآخرين.
- لا أميل إلى ارتداء الملابس ذات الألوان الزاهية البراقة حتى لا اجذب انتباه الآخرين نحوي.
- اعتقد بعدم ملائمة ما ارتديه من ملابس لهيئة جسدي/مظهري/سني.
- تبدو علي علامات الارتباك كالتهتهة و حشرجة الصوت إذا لاحظت احد زملائي/زميلاتي أثناء شرحي في حصة التربية العملية و هو يتحدث /يتغامز إلى الموجه أو أحد زملائي/زميلاتي.
- اعتقد أن الآخرين يدركون انزعاجي و توتري البالغ بمجرد قيامي بالشرح.
- لمظهري الخارجي تأثير سلبي على أراء الناس تجاهي.
- لا تسعفني قدراتي التواصلية الاجتماعية على الأداء وفقاً لتوقعات الآخرين.

البُعد الثاني: المعتقدات السلبية العامة "التشاؤم و المسئولية عن الناتج السلبي ":-

المعتقدات السلبية العامة المتعلقة بالتشاؤم "محفزات المعالجات المسبقة":-

- سأضطر إلى التوقف عن الحركة لو شعرت بترقب الآخرين لطريقة سيري تجنباً للنقد أو السخرية.
- سيعتقد الناس بأني ضعيف و لا استحق الاحترام عندما يلاحظون قلقي و ارتباكي.
- سيعتبرونني زملائي/زميلاتي ممل و ثقيل الدم "بايخ" لو بادرت للتحدث مع شخص ما على الأخص غريب /من الجنس الآخر.
- يضايقني سؤال و استفسار الآخرين عن أحوالي و شئوني الخاصة عند لقائهم.
- سيعتبرونني زملائي/زميلاتي مغرور لو حاولت التحدث مع شخص ما ذو مكانة.
- سيعتبرني الآخرون ضعيف و غير ناضج إذا تحفظت في التحدث عن أموري و شئوني العائلية الخاصة.
- أبالغ في اهتمامي بمظهري الشخصي حتى اتجنب التقييم السلبي.
- سيعتبرونني زملائي/زميلاتي غير متوافق و أحمق لو تلجلجت أثناء قيامي بالتحدث لشخص من ذوي المكانة أو من الجنس الآخر.
- سأُتهم بالغباء و التقصير لو تحدثت مع من هم أقل شأناً.
- ساشعر بأنني غير محترم إذا قاطعت من أخاطبه.
- سيستهزئ بي أقراني إذا حادثت شخص ما من ذوي السلطة أو مسئول داخل الكلية.
- سأتعرض للإحراج إذا خاطبت مع شخص من الجنس الآخر.
- سيعتبرني الأخرون أحمق إذا لم أجامل الآخرين في آرائهم/أوافق على ما يريدون.
- سأتجنب أداء الأعمال أو التكليفات المطلوبة تجنباً للتوبيخ و اللوم لو قصرت في أدائها.
- سأتجنب المشاركة في الأنشطة و التكليفات الجماعية المشتركة حتى لا يوبخني زملائي/زميلاتي.
- سيصفني الآخرون بالحمق و الغباء إذا تصرفت بشكل مريب أو نظرت بطريقة ملفتة.
- سيأخذ زملائي/زميلاتي فكرة سيئة عني إذا بادرت إلى التحدث لشخص ما من الجنس الآخر.
- سأتجنب توجيه اللوم لزملائي/زميلاتي حتى لا أثير حفيظتهم فيتصيدوا أخطائي.
- عادة ما يتجه تفكيري نحو وقوع السلبيات عن الايجابيات في كل التفاعلات الاجتماعية.
- عادة ما أبالغ في تقدير السلبيات و النتائج الغير مرغوب التي تلي الموقف الحادث.
- سأفشل في الإجابة عن أسئلة التلاميذ التي يطرحونها عليّ.
- سأرسب في المادة الدراسية لو لم أتعاون مع زملائي/زميلاتي في المهام و التكليفات المشتركة.
- انشغل بكل ما يتوارد على ذهني من أفكار سيئة حول أدائي داخل الفصل.
- سأبدو بصورة مشرفة /قد يأخذ الآخرون عني فكرة جيدة لو خففت من توتري أثناء محادثتهم.
- سأتيقن أن مصيري الفشل لو بالغت في تقدير عواقب التقييم السلبي.

المعتقدات السلبية العامة المتعلقة بالمسئولية عن الناتج السلبي و ضعف الأداء الاجتماعي"محفزات معالجات ما بعد الموقف":-

- لا تتوافق قدراتي مع ما يتوقعه الناس فيما أمتلكه من مهارات تفاعلية.
- عندما بالغت في تقييم آراء زملائي/زميلاتي تجاهي في المواقف الاجتماعية بحيث تجعلني أبدو كالمتجمد.
- لو تخلفت عن حضور المناسبات الاجتماعية العامة سيظن الآخرين أني غريب الأطوار/متخلف.
- لقد كانت تصرفاتي غير لائقة مع الآخرين عندما بالغت في تقدير خطورة المواقف الاجتماعية البسيطة.
- فشلت في تنفيذ مشروعي عندما لم أتعاون مع زملائي/زميلاتي في تنفيذها.
- عندما تحادث و تهامس زملائي/زميلاتي أثناء شرحي للدرس تيقنت من أنهم قيمونني سلبياً.
- ارتبكت عند قيام الآخرين باختبار مهاراتي ومستواي الأكاديمي.
- اعتقد أنني المسئول الأول و الوحيد عن تكرار وقوعي في المواقف المحرجة.

البُعد الثالث: المعتقدات السلبية المتعلقة بالتطفلات و الاجترارات الفكرية"عدم القدرة على التحكم في الأفكار و خطورة توارد تلك الافكار عل العقل و الجسم":-

المعتقدات المتعلقة بعدم القدرة على التحكم في الأفكار:

- لو لم أتحكم فيما يتملكني من أفكار مزعجة سيكون شكلي سيء أمام الناس.
- أتنبأ بالوقوع في الأحراج لو فقدت سيطرتي على أفكاري أمام زملائي/زميلاتي أثناء قيامي بإلقاء خطاب أو عرض تقديمي.
- اعتقد أن بعض الأفكار التطفلية تمكن زملائي/زميلاتي للسخرية مني.
- أتخيل كل من يتوارد على ذهني من توقعات حول مظهري الشخصي و بخاصة أمام الآخرين.
- ارتبك عند مراقبة الآخرين لي أثناء تسجيل الملاحظات.
- لو بالغت في التفكير في الموقف الاجتماعي الواقع تتملكني الأفكار المزعجة التي يصعب التخلص منها.
- يؤدي قلقي البالغ إلى عدم تقديري الجيد للأمور أثناء التحاور مع مسئول داخل الكلية.
- نتيجة لعدم تحكمي في أفكاري أميل إلى عدم تذكر أسماء أشخاص اعرفهم عند لقائهم.
- عندما أتفكر في الموقف الاجتماعي السابق لا أتوقف على التفكير.
- يؤدي بي القلق البالغ إلي ظهوري بمظهر الجامد السخيف أمام الآخرين.
- استوعب مواقف الفشل الاجتماعي السابقة التي لا تمكنني من التخلي عن الأفكار المحبطة.
- افتقد الكثير من متع الحياة نتيجة لانزعاجي البالغ غير المنطقي تجاه الآخرين.
- يفترض على السيطرة على ما يتملكني من أفكار.
- يعتبرونني الآخرون غير مؤدب لو تواردت على ذهني أفكار سيئة غير مقبولة.

المعتقدات المتعلقة بخطورة توارد تلك الأفكار على العقل و الجسم :-

- يؤدي بي القلق البالغ أثناء إلي فقدان أعصابي بالكامل.
- يدفعني التفكير البالغ في تقييمات الآخرين لسلوكي للجنون.
- يؤدي توتري البالغ إلي تهييج غضبي و بالتالي الإضرار بعقلي و زيادة الأعراض المرضية لدي.
- يؤثر انزعاجي البالغ على صحتي الجسدية و على الاخص معدل ضربات قلبي.

البُعد الرابع : معتقدات الكفاءة المعرفية "ضعف الثقة في عمليات الانتباه والذاكرة" :-

ضعف الثقة في عمليات الانتباه و معالجة المعلومات الاجتماعية :-

- تتطاير الأفكار من رأسي عندما يتغامز زملائي/زميلاتي أثناء قيامي بالشرح.
- يتشتت انتباهي بسهولة أمام الآخرين على الأخص أمام مسئولين أو أشخاص من الجنس الآخر.
- أتشكك في ذاكرتي و بخاصة أمام مسئولين أو أفراد من الجنس الآخر.
- يصعب تحكمي في انتباهي و تركيزي أثناء مراقبة الآخرين لي أثناء قيامي بالشرح.
- يتشتت انتباهي عند مقاطعة احد زملائي/زميلاتي للمحاضر.
- تتطفل علي مواقف فشلي السابقة أثناء قيامي بالتفاعل الاجتماعي.
- انزعج من ضعف قدرتي على التحكم في أفكاري أمام الآخرين و بخاصة المسئولين و أفراد من الجنس الآخر.
- أفتقد الثقة في نفسي عندما تتطفل على آراء و تقييم زملائي/زميلاتي تجاهي أثناء حصص التربية العملي.
- تبدو علي علامات الارتباك و الانزعاج أثناء قيامي بالشرح أمام الآخرين/التلاميذ.
- افتقد تركيزي و انتباهي لو حاول أحد التلاميذ السؤال عن نقطة /موضوع لا اعرفه أثناء الشرح.

صعوبات الذاكرة "إجراء عمليات التخزين و الاسترجاع" :-

- يؤدي انزعاجي البالغ إلى خلل قدرتي على حل ما يطرحه التلاميذ من أسئلة.
- يؤدي مبالغتي في الانزعاج إلى تطاير الكلمات على لساني و اللجلجة.
- يضعف انزعاجي البالغ من قدرتي على الحفظ و الاسترجاع سواء للكلمات أو الأفكار.
- ينتقدني الآخرين لعدم تذكر أسماؤهم أثناء مقابلتهم نتيجة لتوتري الزائد.
- يؤدي تطاير أفكاري إلي ظهوري بشكل سيء أمام الآخرين.
- تختلط علي مواعيد الأحداث و المناسبات الاجتماعية.
- لا اهتم عادة بتذكر مواعيد المناسبات الاجتماعية كالأفراح أو الندوات نظراً لعدم الرغبة في الحضور.
- عادة ما تخدعني ذاكرتي في جميع المواقف و المناسبات الاجتماعية.

البُعد الخامس: معتقدات القلق الايجابي"جدوى وفائدة الاجترار الفكري":-

- يساعدني الاجترار الفكري على تجنب الإحراج في الموقف الاجتماعي المتوقع.
- احتاج للقلق حتى ارتب أفكاري بشكل متسلسل أثناء قيامي بالشرح.
- انزعج حتى لا أمكن زملائي/زميلاتي لملاحظة زلاتي و ارتباكي.
- يساعدني الانزعاج على توقع أي سؤال ربما يطرحه التلاميذ علي و الإجابة عليه.
- أتحصل على تقدير مرتفع لو بالغت في الاهتمام بالتفاصيل و النقاط الفرعية أثناء مناقشة التلاميذ.
- لو لم انزعج سأعرض نفسي للتقييم السلبي و النقد من قبل زملائي.
- يساعدني الانزعاج على الأداء بصورة جيدة و مشرفة أمام الموجه.
- يساعدني القلق على حل مشكلات تواجهني في حياتي.
- إذا لم انزعج ينعتني التلاميذ بالبلادة والغباء عند الإجابة على نقطة مجهولة لي.
- إذا لم اهتم و أبالي بالتحاور و المناقشة مع الآخرين يؤدي بي الأمر إلى خسارة المزيد من الأصدقاء.
- احتاج للانزعاج حتى اكتسب الثقة و المقدرة على مواجهة و محاورة الغرباء/المسئولين.
- إذا لم اقلق سأتعرض للإحراج البالغ و السخرية و النقد اللاذع من الآخرين.
- سيعتقد الآخرين بأنني غريب و غير طبيعي لو لم أتجاذب أطراف الحديث معهم.
- يصفني زملائي/زميلاتي بالملل و الرخامة لو لم أهتم بمشاركتهم في أنشطتهم أو مهامهم الخاصة و معاونتهم عليها.
- الواجب على الانزعاج حتى ارتب شئوني و أعمالي.
- سأفسد مواجهتي مع الآخرين إذا لم انزعج و بخاصة إذا كانوا من الجنس الآخر.
- افسد لقائي بالآخرين لو لم أراجع ما حدث من لقاءات و مواقف سابقة مع الآخرين/الجنس الآخرين.

ملحق رقم (١٠)

قائمة المواقف و السلوكيات الاجتماعية التي تم تنفيذها خلال البرنامج العلاجي

- التحدث إلى شخص ما من ذوي المسئولية مع النظر بشكل مباشر في عينيه و عدم النظر إلى أي شيء بديل.
- المبادرة إلى الترحيب بالآخرين عند الدخول عليهم
- الدخول في مناقشة ومجادلة بغرض إثبات صدق وجهة نظرك في مقابل رأي مغاير
- التحدث مع شخص ما من ذوى المسئولية و عرض موضوع ما عليه (المحاضر داخل المدرج)/ التحدث العلني مع أحد المسئولين داخل الكلية للحصول على ميعاد مقابلة.
- تكوين زمالات مع أقراني في الكلية مما لا يعرفونني.
- القيام بعرض تقديمي في صورة شرائح معدة مسبقاً.
- إلقاء خطاب مجهز مسبقاً أمام مجموعة من اقرأني داخل الكلية.
- تكرار ما سبق أن قمت بعرضه مع مناقشة الآخرين (غرباء/الجنس الآخر) في جوانب الموضوع.
- التحدث العلني في التليفون "الموبايل" أمام الزملاء في الكلية/الاتصال الهاتفي بشخص ليس على صلة وثيقة به.
- كتابة الملاحظات في أثناء المحاضرة مع ترقب زملائي/زميلاتي لك و أنت تؤدي مهام عملك.
- التصريح لشخص ما عن مدى شكرك لما قدمه لي من خدمات/تقديرك و حبك له.
- فرض الشراء عليك لسلعة تقوم بشرائها/المساومة على ثمن سلعة تقوم بشرائها /استرجاع سلعة معيبة قمت شرائها.
- إبداء اعتراضك لزميل لك على فكرة يصرح بها بشكل علني أمام الآخرين.
- الدخول في مواقف اجتماعية مع وجود مجموعة صغيرة من الناس (أقارب يزورونكم على سبيل المثال).
- حضور في المناسبات و اللقاءات الاجتماعية (كالأفراح و الندوات والمؤتمرات).
- التصوير بكاميرا فوتوغرافية أو كاميرا فيديو سواء بمفرده أو مع آخرين.
- الشرح في حصص التربية العملية أمام جمع من الزملاء.
- التحدث شخص من الجنس الآخر مع النظر المباشر في العينين.
- أنشاء محادثة مع احد زملائي/زميلاتي من الجنس الآخر.
- تناول الطعام و شرب المشروبات العلني في الأماكن العامة.
- الدخول في إختبار لقدراتك و مهاراتك (مقابلة شخصي بغرض العمل/الالتحاق بقسم داخل الكلية)
- المشاركة مع مجموعة عمل في القيام ببحث أكاديمي مشترك

ملحق رقم (١١)

استمارة تسجيل ممارسات التدريب الانتباهي

استمارة تسجيل ممارسات التدريب الانتباهي

الاسم :   **الفرقة :**

الشعبة :   **النوع : ذكر □ أنثى □**

أخي الطالب .... أختي الطالبة ....

لقد قمت من قبل بممارسة فنية التدريب على الانتباه في جلسات البرنامج العلاجي الجاري؛ ولكن من اجل تحقيق الفعالية الكافية و الهدف الذي وضعت لأجله هذه الفنية من الواجب عليك القيام بممارسة هذه الفنية بنفسك باعتبارها واجب منزلي سواء في المنزل أو في أي مكان تتوافر فيه تلك المثيرات السمعية المحيطة . و للتسهيل عليك سأذكر لك بعض الملاحظات التي ربنا تساعدك و تزودك بوسيلة لمراقبة ممارستك لتلك الفنية ذاتياً.

- **أولاً عليك أن تجد مكاناً مناسباً للقيام بالتدريب الانتباهي يتوافر و يتعين فيه العديد من الأصوات المتباينة (على الأقل ثلاث و لكن كلما كان أكثر كان التدريب أفضل) . بإمكانك استشارة معالجك بخصوص الأماكن المناسبة . بإمكانك الاستعانة بالتوجيهات التالية :-**

- **من فضلك قم بتركيز بصرك على مكان ثابت أمامك ؛ بعدها قم بتركيز انتباهك تجاه الأصوات بإمكانك الاستماع إليها :-**

-أصوات ربما تحدث خارج المنزل في الجوار القريب.
-أصوات ربما تحدث خارج المنزل في مكان بعيد.
-أصوات ربما تحدث من أفراد الأسرة.
-أصوات أطفال يلعبون داخل أو خارج المنزل.
-أصوات الزحام و وسائل المواصلات في الشارع أو أحاديث و محاورات الأشخاص من الجيران أو الأقارب.
-أصوات أجهزة سمعية أو بصرية سواء داخل أو خارج المنزل.
- أصوات ربما تحدث لأجهزة أو معدات داخل أو خارج المنزل.
-أصوات حيوانات أو طيور سواء داخل أو خارج المنزل.
-أصوات ربما تحدث على يمينك.
-أصوات ربما تحدث على يسارك.

- **من فضلك سجل الأيام التي قمت فيها بممارسة تلك الفنية بوضع علامة (✓) لكل ممارسة مع ذكر الدرجة الذي يرتكز فيها انتباهك سواء على ذاتك أو على البيئة الخارجية (من +٣ إلى -٣)؟"**

+٣   +٢   +١   صفر   -١   -٢   -٣

الارتكاز الانتباهي نحو الذات تماماً   تساوي   الارتكاز الانتباهي نحو الخارج كلياً

- **في الجدول التالي :-**

	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الأسبوع الأول	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )
الأسبوع الثاني	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )
الأسبوع الثالث	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )
الأسبوع الرابع	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )	□ ( ) □ ( ) □ ( )

ملحق رقم (١٢)

استمارة تقييم نتائج التجارب السلوكية و التعرضية بعد أنتهاء الجلسة

تقييم نتائج التجارب السلوكية و التعرضية في نهاية الجلسة

التاريخ

رقم الجلسة:

الاسم:

"الموقف"	"التوقع" نسبة الاعتقاد بحدوثه"%"	"التجربة" ما الذي فعلته لاختبار صدق التوقع؟	"الناتج"	نسبة الاعتقاد فيه"%"
الموقف رقم(١)				
الموقف رقم(٢)				
الموقف رقم(٣)				

ملحق رقم (١٣)

استمارة تقييم أفراد المجموعة العلاجية

لفوائد البرنامج بعد انتهائه مباشرة

استمارة تقييم افراد المجموعة العلاجية لفوائد البرنامج بعد انتهاءه مباشرة

أخي الطالب / أختي الطالبة . . . .

انتهت اليوم جلسات البرنامح العلاجي. برجاء رصد اوجة الافادة من جلساته في مساعدتك على التخلص من الافكار و المعتقدات الما وراء معرفية المختلة كذلك ايقاف من الاستراتيجيات الماوراء معرفية اللاتوافقية. من فضلك سجل ما كان موجوداً قبل البرنامج العلاجي ، و كيف اصبح بعد الانتهاء من جلساته.

المعتقدات و الاستراتيجيات اللاتوافقية التي كانت موجودة	ما حدث لتلك المعتقدات و الاستراتيجيات بعد نهاية البرنامج العلاجي	الافكار و الاستراتيجيات اللاتوافقية التي مازالت حتي الان

ملحق رقم (١٤)

استمارة تقييم أفراد المجموعة العلاجية

لأهداف البرنامج و محتوى جلساته

استمارة تقييم اعضاء المجموعة لأهداف البرنامج و محتوى جلساته

أخي الطالب/ أختي الطالبة ....

لقد تم الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج العلاجي و التي بلغ عدد جلساتها (١١) احدى عشرة جلسة وقد كان الهدف الرئيسي له هو مساعدتنا على التخلص من الافكار والمعتقدات والاستراتيجيات اللاتوافقية لاضطراب الفوبيا الاجتماعية التي تدفعنا رغماً عنا الى القيام بافعال و سلوكيات لا نستطيع التخلي بسهولة.بين يديك استمارة أطلب منك فيها أن تقوم بإبداء رأيك بكل صدق و امانة حول اهداف البرنامج و محتواه ، و مدى فعاليته استراتيجياته و فنياته ، ثم اضف الينا بعض مقترحاتك لتحسين البرنامج.

أهداف البرنامج	محتوى جلساته	فاعلية فنياته و استراتيجياته	مقترحاتك لتحسين البرنامج

استمارة تقييم افراد المجموعة العلاجية

لفاعلية البرنامج في دحض وتفنيد معتقدات الوعي الذاتي السلبي

أخي الطالب / أختي الطالبة . . . .

انتهت اليوم الجلسة الرابعة من جلسات البرنامج العلاجي. برجاء رصد اوجة الافادة من جلساته في مساعدتك على التخلص من الافكار والمعتقدات ما وراء المعرفية الخاصة بالوعي الذاتي السلبي مع إيقاف السلوكيات والتصرفات اللاتوافقية المصاحبة لها.

من فضلك سجل تقييمك لمعتقدات الوعي الذاتي السلبي التي كانت موجودة والاستراتيجيات والفنيات العلاجية المستخدمة في دحضها ومدي جدواها في التخلص منها والمعالج درجة تمكنه من تطبيق تلك الاستراتيجيات والوقت الخاص بالجلسة ومدى مناسبته لتحقيق اهداف الجلسة .

• **المعتقدات المختلة والسلوكيات اللاتوافقية التي كانت موجودة :**
• **الاستراتيجيات والفنيات العلاجية :**
• **المعالج :**
• **وقت الجلسة :**

استمارة تقييم افراد المجموعة العلاجية

لفاعلية البرنامج في دحض و تفنيد المعتقدات السلبية العامة

أخي الطالب / أختي الطالبة . . . .

انتهت اليوم الجلسة السادسة من جلسات البرنامج العلاجي.برجاء رصد اوجة الافادة من جلساته في مساعدتك على التخلص من الافكار و المعتقدات السلبية العامة مع إيقاف السلوكيات و التصرفات اللاتوافقية المصاحبة لها.

من فضلك سجل تقييمك للمعتقدات السلبية العامة التي كانت موجودة و الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية المستخدمة في دحضها و مدي جدواها في التخلص منها و المعالج درجة تمكنه من تطبيق تلك الاستراتيجيات و الوقت الخاص بالجلسة و مدى مناسبته لتحقيق اهداف الجلسة .

• **المعتقدات المختلة و السلوكيات اللاتوافقية التي كانت موجودة :**
• **الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية :**
• **المعالج :**
• **وقت الجلسة :**

استمارة تقييم افراد المجموعة العلاجية

لفاعلية البرنامج في دحض و تفنيد المعتقدات السلبية لعناصر اللاتحكمية و الخطورة

أخي الطالب / أختي الطالبة . . . .

انتهت اليوم الجلسة السابعة من جلسات البرنامج العلاجي. برجاء رصد اوجة الافادة من جلساته في مساعدتك على التخلص من الافكار و المعتقدات السلبية لعناصر اللاتحكمية و الخطورة مع إيقاف السلوكيات و التصرفات اللاتوافقية المصاحبة لها.

من فضلك سجل تقييمك للمعتقدات السلبية المتعلقة بعناصر اللاتحكمية و الخطورة التي كانت موجودة و الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية المستخدمة في دحضها و مدي جدواها في التخلص منها و المعالج درجة تمكنه من تطبيق تلك الاستراتيجيات و الوقت الخاص بالجلسة و مدى مناسبته لتحقيق اهداف الجلسة .

- **المعتقدات المختلة و السلوكيات اللاتوافقية التي كانت موجودة :**

- **الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية :**

- **المعالج :**

- **وقت الجلسة :**

استمارة تقييم افراد المجموعة العلاجية

لفاعلية البرنامج في دحض و تفنيد المعتقدات السلبية لعناصر الكفاءة المعرفية

أخي الطالب / أختي الطالبة . . . .

انتهت اليوم الجلسة الثامنة من جلسات البرنامج العلاجي. برجاء رصد اوجة الافادة من جلساته في مساعدتك على التخلص من أفكار و معتقدات الكفاءة المعرفية السلبية مع إيقاف السلوكيات و التصرفات اللاتوافقية المصاحبة لها.

من فضلك سجل تقييمك لمعتقدات الكفاءة المعرفية السلبية التي كانت موجودة و الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية المستخدمة في دحضها و مدي جدواها في التخلص منها و المعالج درجة تمكنه من تطبيق تلك الاستراتيجيات و الوقت الخاص بالجلسة و مدى مناسبته لتحقيق أهداف الجلسة .

• **المعتقدات المختلة و السلوكيات اللاتوافقية التي كانت موجودة:**
• **الاستراتيجيات و الفنيات العلاجية :**
• **المعالج :**
• **وقت الجلسة :**

استمارة تقييم افراد المجموعة العلاجية

لفاعلية البرنامج في دحض وتفنيد معتقدات القلق الايجابي

أخي الطالب / أختي الطالبة . . . .

انتهت اليوم الجلسة العاشرة من جلسات البرنامج العلاجي. برجاء رصد اوجة الافادة من جلساته في مساعدتك على التخلص من معتقدات القلق الايجابي مع إيقاف السلوكيات والتصرفات اللاتوافقية المصاحبة لها.

من فضلك سجل تقييمك لمعتقدات القلق الايجابي التي كانت موجودة والاستراتيجيات والفنيات العلاجية المستخدمة في دحضها ومدي جدواها في التخلص منها والمعالج درجة تمكنه من تطبيق تلك الاستراتيجيات والوقت الخاص بالجلسة ومدى مناسبته لتحقيق اهداف الجلسة .

• **المعتقدات المختلة والسلوكيات اللاتوافقية التي كانت موجودة :**
• **الاستراتيجيات والفنيات العلاجية :**
• **المعالج :**
• **وقت الجلسة :**

ملـخـص الـدراسـة
باللغة العربية

ملخص الدراسة

مقدمة:

يعتبر تطبيق وتوظيف مداخل علاجية حديثة وفق نظريات معرفية مبتكرة عنصر مهم في تطوير مجال علم النفس العلاجي للعديد من الاضطرابات النفسية الشائعة مع تطوير وتحسين العديد من الفنيات العلاجية السائدة التي أثبتت فاعليتها. يناقش النموذج ما وراء المعرفي للاضطراب الانفعالي والمعتمد في الأساس على استراتيجيات ما وراء المعرفة عن مدى وجود الأفكار والمعتقدات السلبية كنتيجة لإستراتيجية لاتوافقية متحكمة في الإدراك.و تصف هذه المقدمة بالإشارة اضطراب الفوبيا الاجتماعية عن مدى مساهمة ما وراء المعرفة في الثبات الإدراكي ومعدل تغيره وفق النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF Model).

و يعرض النموذج ما وراء المعرفي مستوى من التشخيص المرضي والتدخل العلاجي الذي لا يرتكز غالباً على محتوى الأفكار والمعتقدات السلبية المثبت فاعليتها في العلاج المعرفي التقليدي. يمكن تضمين ما وراء المعرفة سواء من الناحية التشخيصية أو العلاجية (Wells & Purdon, 1999) باعتباره جانباً من الجوانب المتضمنة في نظام معالجة المعلومات الذي يراقب ويفسر ويقوم وينظم المحتويات والعمليات الخاصة بتنظيمها الذاتي.

يتطرق الباحث في هذا الإطار إلى ما يعانيه العديد من الطلاب المعلمين من صعوبات في أداء الممارسات التربوية أثناء إلقائهم لمحاضراتهم ودروسهم في حصص التربية العملية(طلاب الفرقة الثالثة والرابعة بكلية التربية جامعة أسيوط) والذي يبدو في ظهور أعراض التوتر وعلامات القلق كزيادة ضربات القلب واحمرار الوجه والتعرق والتحفظ عند التحدث أو المناقشة مع زملائه أو أمام تلاميذه مع تجنب التحدث أمام الآخرين.هنا يجب التأكيد على أن مريض الفوبيا الاجتماعية على دراية كاملة بأن كل الأعراض التي تناوبه أثناء تعرضه لمثل هذه المواقف مبالغ فيها وليس لديه أسباب حقيقية لحدوثها ، حيث تصل نسبة احتمال الإصابة بالفوبيا الاجتماعية إلى (١٣%) من البشر (محمد عبد الله شاووش،٢٠١٠@sehha.com online).

تعيق مثل تلك الأعراض والسمات اللاتوافقية المعلم من أداء مهمته التربوية كما تعمل على إبراز بعض التأثيرات النفسية الانعكاسية الحادة بحيث تجعله غير قادر على

الوفاء بأداء مهامه التربوية ومتطلباتها كونه معلماً، كما يمكن أن تظهر أنواع من السلوك والتصرفات نتيجة للعديد من الأفكار غير العقلانية التي تظهر في صورة أعراض فسيولوجية وإدراكية تتضمن:-

١. قلة الحديث في وجود الغرباء.
٢. الحرمان من روح التطوع في أداء الأعمال للآخرين، مع الانسحاب من المواقف الاجتماعية التي تستوجب العديد من التفاعلات مع العديد من الأشخاص حوله أو معه.
٣. تجنب التحدث أمام الجماعة بشكل فردي أو الدخول في حوارات مع الفشل في تحقيق الغايات الاجتماعية.
٤. تجنب التواجد في أماكن متواجد فيها الكثير من الأشخاص الذين يعرفهم أو الذين لا يعرفهم.
٥. تجنب النظر إلي من يتحدث ، والنظر إلى أي شيء آخر بديل.
٦. ضعف روح المبادرة أو البدء في الحديث والتبرم إذا طلب منه البدء أولاً.

مشكلة الدراسة:

لقد عمل الكثير من الباحثين على تطوير برامج علاجية مبتكرة للعديد من الاضطرابات الشائعة كالفوبيا الاجتماعية اعتماداً على نماذج معرفية سلوكية أثبتت فعاليتها في معالجة أو على الأقل التخفيف من حدة تلك الاضطرابات، ولكن علي الرغم من كفاءة تلك البرامج إلا انه يتوجب البحث عن نظريات ونماذج مستحدثة تزيد من فاعلية ومستوى الكفاءة لأداء البرامج العلاجية في الوقت الحالي.

ويعرض المدخل العلاجي ما وراء المعرفي أو ما يعرف اختصاراً (MCT Approach) بأن الاضطراب النفسي مرتبط بنمط خاص من التفكير متضمناً تصور حدثي ومتكرر في صورة انزعاج واجترار فكري مع تثبيت الانتباه على التهديد ؛ وبالتالي يتمثل الانحراف في أسلوب وطريقة تفكير الفرد بدلاً عن محتوى الفكرة ذاتها. يؤكد محتوى القلق والاجترار الفكري على وجود تباينات واضحة وعميقة في إطار مفهوم الفرد حيث يظهر القلق والاجترار الفكري كمتغير دائم ومتواصل تحت سيطرة المحتوى ما وراء المعرفي للشخص ذاته.

وتتركز مشكلة الدراسة الحالية في تسأول رئيسي:"**ما فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF Model)؟**"،و يتفرع من هذا التساؤل الرئيسي عدد من التساؤلات الفرعية التي تحاول الدراسة الإجابة عليها،و هي:

١- ما نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية في عينة الدراسة الأساسية من الطلاب المعلمين (الفرقتين الثالثة والرابعة) بكلية التربية جامعة أسيوط؟
٢- ما الفروق بين كل من الذكور والإناث في معدل انتشار الفوبيا الاجتماعية في عينة الدراسة الاساسية ؟
٣- ما العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية والجوانب اللاتوافقية للمتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS) المتمثلة في جوانب التركيز الانتباهي ،و الانزعاج والاجترار الفكري ،و استراتيجيات المسايرة)؟
٤- ما العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية وأبعاد المعتقدات ما وراء المعرفية المضطربة وظيفياً والمتمثلة في أبعاد: معتقدات القلق الايجابي ،و المعتقدات السلبية المتعلقة بالخطورة واللاتحكمية ،و معتقدات الكفاءة المعرفية ،و المعتقدات السلبية العامة (كتوقع السوء والمسئولية عن الناتج السلبي)،و الوعي الذاتي بالمعرفة؟
٥- هل تساعد هذه الدراسة في إعداد برنامج علاجي لخفض الفوبيا الاجتماعية لدي عينة من الطلاب المعلمين ذوي اضطراب الفوبيا الاجتماعية خلال فترة التطبيق؟
٦- هل تستمر فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين ذوي اضطراب الفوبيا الاجتماعية خلال فترة المتابعة؟

أهداف الدراسة:

في ضوء تعيين مشكلة الدراسة يمكن صياغة الأهداف التي تسعى الدراسة لتحقيقها في النقاط الآتية:-

١- التعرف على نسبة انتشار اضطراب الفوبيا الاجتماعية في عينة الدراسة الأساسية.
٢- التعرف على معدلات انتشار اضطراب الفوبيا الاجتماعية بين كل من الذكور والإناث في عينة الدراسة الأساسية.

٣- التعرف على العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية والجوانب اللاتوافقية للمتلازمة المعرفية الانتباهية(CAS) والمتمثلة في أبعاد: الانزعاج والاجترار الفكري ، والتهديد الانتباهي ، واستراتيجيات المسايرة.

٤- التعرف على العلاقة بين اضطراب الفوبيا الاجتماعية المكون ما وراء المعرفي اللاتوافقي.

٥- التحقق من فاعلية برنامج العلاج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الفوبيا الاجتماعية لدى العينة العلاجية بعد انتهاء البرنامج.

٦- التحقق من مدى استمرارية أثر برنامج العلاج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الفوبيا الاجتماعية لدى العينة العلاجية من طلاب كلية التربية بعد انتهاء جلسات البرنامج خلال فترة المتابعة بعد مرور أكثر من شهرين على انتهاء البرنامج.

أهمية الدراسة:

يستمد هذا البحث أهميته من أهمية الموضوع الأساسي الذي يتعرض له وهو استراتيجيات ما وراء المعرفة حيث يؤدي معرفة واكتساب تلك الاستراتيجيات إلى تصور نموذج أو إطار يمكن الاعتماد عليه في تصميم وإعداد برنامج قد يسهم في خفض الفوبيا الاجتماعية أو على الأقل التقليل من نتائجها وأعراضها السلبية:-

١- تساهم هذه الدراسة في إدخال إطار نظري وبحثي جديد للبيئة العربية متمثلاً في النظرية ما وراء المعرفية للاضطراب النفسي ، كما تزودنا الدراسة بنموذج علاجي مستحدث قائم على هذه النظرية وهو ما يعرف بالنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات(S-REF).

٢- تزودنا هذه الدراسة بدليل عملي للمعنيين بالمراهقين من ذوي الفوبيا الاجتماعية متمثلاً في البرنامج العلاجي مختصر فعّال في علاج هذا اعتماداً على فنيات علاجية مبتكرة في مجال علم النفس العلاجي"Psychotherapy".

٣- تسهم هذه الدراسة في زيادة فاعلية العملية التعليمية أثناء الحصة الدراسية نتيجة لتخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية التي قد يعانيها بعض المعلمين؛ مما قد يجعلهم أكثر كفاءة ومقدرة على الوفاء بمتطلبات العمل التربوي.

٤- تسهم هذه الدراسة في تخفيف معاناة أسر أفراد الطلاب المعلمين الذين يعانون من حالة الفوبيا الاجتماعية.

٥- تسهم هذه الدراسة في توعية المعلم بخصائص هذا الاضطراب ؛بالتالي مراعاة ظروف التلاميذ الذين ربما يعانون من بعض خصائص أو سمات هذا الاضطراب مما يجعلهم أكثر قدرة على تحفيز مشاركة هذه الفئة من التلاميذ في الأنشطة الدراسية الجماعية.

٦- تفتح هذه الدراسة المجال أمام الباحثين لدراسة المتغيرات والأبعاد ما وراء المعرفية في اضطرابات القلق بصفة عامة واضطراب الفوبيا الاجتماعية على وجه الخصوص.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة الاستطلاعية على (٦٠) طالباً وطالبة بالفرقة الثالثة جميع الشعب بكلية التربية جامعة أسيوط ، وتضمنت عينة الدراسة الأساسية (٤٢٥) طالباً وطالبة من طلاب الفرقتين الثالثة والرابعة جميع الشعب (٣٥٥) إناث ،(٧٠) ذكور ، واشتملت عينة الدراسة العلاجية (٦) طالبات " مجموعة تجريبية واحدة".

أدوات الدراسة:

١- استمارة صياغة الحالة العلاجية إعداد الباحث.

٢- مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS) تعريب الباحث.

٣- مقياس ما وراء المعرفة(MCQ) تعريب وتقنين/ عبد الله محمد عبد الظاهر.

٤- قائمة الأفكار المقلقة(AnTI) تعريب الباحث.

٥- البرنامج العلاجي إعداد الباحث.

فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في عينة الدراسة الأساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS).

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية بين القياسين القبلي والبعدي لمقاييس الدراسة السيكومترية:مقياس الفوبيا الاجتماعية

(LSPS) ،و مقياس ما وراء المعرفة (MCQ) ،و قائمة الأفكار المقلقـة (AnTI) في اتجاه القياس القبلي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي لمقاييس الدراسة السيكومترية:مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSAS) ومقياس ما وراء المعرفة (MCQ)و قائمة الأفكار المقلقة(AnTI).

نتائج الدراسة:

١- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات كل من الذكور والإنـاث في عينة الدراسة الأساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعيـة (LSPS) فـي اتجـاه الإناث.

٢- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية بين القياسين القبلي والبعدي لمقاييس الدراسة السيكومترية:مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS) ،و مقياس ما وراء المعرفة (MCQ) ،و قائمة الأفكار المقلقـة (AnTI) في اتجاه القياس القبلي.

٣- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي لمقاييس الدراسـة السـيكومترية : مقيـاس الفوبيـا الاجتماعية (LSAS) ، ومقياس مـا وراء المعرفـة (MCQ)، وقائمـة الأفكـار المقلقة(AnTI).

Summary of the study

Summary of the study:

Introduction:

The Application and implementation of modern therapeutic approaches according to innovative cognitive theories is considered an important element in developing psychotherapy for many common psychological disorders in addition to enhancing many modern therapeutic techniques that have proved their effectiveness. The metacongitive model of psychological disorders which depends mainly on metacongitive strategies discusses the extend of negative metacognitive knowledge and thoughts which arise from a maladaptive copying strategy controlling perception. This introduction refers to this strategy in accordance with phobia social disorder in accordance with the contribution of metacognition in stabilizing cognition and its changing rate in the light of Self-Regulatory Executive Function model(S-REF Model).

The Metacognitive model of psychological disorders displays a level of psychological analytical diagnosis and therapeutic intervention, which are not based predominantly on content of negative thoughts and beliefs that prove its effectiveness in traditional cognitive therapy. Metacognition Can be included both in terms of diagnostic or therapeutic intervention as a part of included aspects concealed in the system of information processing which monitors ,interprets ,organizes the contents and processes of its special self-organized operations (Wells & Purdon, 1999) .

Researcher here addresses this context from the perspective of suffering of many student teachers from difficulties in performance of their educational practices while lecturing their lessons and lectures in class (students third and fourth year at the faculty of education, Assiut University), which looks in many emerging symptoms of stress, anxieties, worries, and other tension symptoms such as increased heart beatings, face redness, sweating , precaution when talking discussing and debating to with colleagues or students in addition to avoiding speaking in front of others. Here it must be emphasized that the social phobia patient is fully aware that all these symptoms during exposure to such situations which are exaggerated and has no real reasons for their occurrences. the rate of social phobia is about (13%) of the common (Mohammed Abdullah shaoush, 2010 @ sehha.com on line).

Such maladaptive physical and psychological personality symptoms are hindering teacher from performing his/her

educational mission. And these are also working to highlight some of their severe reflective psychological effects so make him/her unable to meet the requirements performance of a school teacher. It can also show types of behavior and conduct as a result of many irrational ideas that appear in the form of physiological and cognitive symptoms including: -

1. Little or no talking in the presence of strangers.
2. Denial of spirit of volunteerism in business performance with others, in addition to withdrawal from social situations that require many interactions with many people around him or with him.
3. Avoiding speaking in front of individual or group, engaging in dialogues or failing to achieve social goals.
4. Avoiding being in places where a lot of people who knew or who do not know.
5. Avoiding looking to his/her talker, and to look at anything else alternative.
6. Weakness of entrepreneurship, and initiating talking and if you asked him to start at first he/she will repine.

Problem of the study:

Many researchers are working to develop innovative treatment programs for many of the most common disorders as social phobia, which are based essentially on cognitive behavioral models. These models have proven to be effective in the treatment or at least alleviate these disturbances. But in spite of the high-efficiency of those programs, there must be other research theories and updated models that increase the effectiveness and performance level of these therapeutic programs at the moment.

The current therapeutic approach displays in this study whivh is the metacognitive approach (MCT Approach)what is known Acronym (MCT)that psychological distress is associated with a particular pattern of thinking that implies happening and frequent imagination in the form of worries and rumination in addition to intellectual discomfort with installation of attention on the source of threat; and thus the deviation is in the style and way of thinking of the individual rather than semantic content of the thought. The content of anxiety confirms existence of deep and clear contrasts within the concept of the individual where anxiety appears as a

permanent and continuous variable under the control of the metacognitive knowledge of the person himself.

The problem of the current study is concentrated in a main question **: "What is the effectiveness of a treatment program based on metacognitive strategies in reducing social phobia in a sample of student teachers at the Faculty of Education, Assiut University, in the light of the Self-Regulatory Executive Function model(S-REF Model)?** "; and out of the main question a number of sub-questions divaricates that the study are attempting to answer them, which are:

1 - What is the prevalence of social phobia in a baseline study sample of students, teachers (the third and fourth year) at the Faculty of Education, Assiut University?

2- what are the differences among both the males and females in the prevalence of social phobia ?

3 - What is the relationship between social phobia disorder and the maladaptive aspects of Cognitive Attentional Syndrome (CAS) represented in aspects of focus of attention, discomfort (worry) , rumination and coping strategies?

4 - What is the relationship between social phobia disorder and dimensions of disturbed metacognitive beliefs, which are represented in five dimensions: positive worry beliefs; negative beliefs about uncontrollability & danger of thoughts; beliefs about cognitive competence; negative beliefs about need for control and finally cognitive self-consciousness?

5 - Does this study help in preparation of a treatment program for late teenagers of student teachers to reduce social phobia during the application period?

6 - Does the therapeutic effectiveness of the treatment program continue among a sample of student teachers with social phobia disorder during the follow-up period?

Objectives of the study:

In light of setting the problem of the study, we can formulate the goals the study is seeking to achieve in the following points: -

1 - Identifying the prevalence of social phobia disorder in the core sample.

2 - Identifying the prevalence of social phobia disorder among both males and females in the core sample.

3 - Identifying the relationship between social phobia disorder and the maladaptive aspects of Cognitive Attentional Syndrome (CAS) symbolized in three dimensions: discomfort and rumination, attentional threat, and coping strategies[1].

4 - Identifying the relationship between social phobia disorder and the maladaptive metacognitive components.

5 - Verifying the effectiveness of the treatment program in reducing social phobia disorder in the therapeutic sample at the end of the program sessions.

6 - Verifying the continuity of the impact of the treatment program in reducing social phobia disorder in therapeutic sample of student teacher from the Faculty of Education during follow-up period for more than two months after the end of the program sessions.

The importance of the study:

This research derives its importance from the main importance of the issue which it exposes that is the metacognitive strategies . Thus knowing , acquiring and applying these strategies may lead to to visualize a theoretical model or framework that can be relied upon in the designing and preparation of a program .This therapeutic program may contribute to reducing social phobia or at least minimizing its negative consequences and symptoms: -

1 - This study contributes to introduction of a modern theoretical and research framework in the Arab research field of psychotherapy represented in the metacognitive theory of psychological disorders. The study also provides us with a novelty therapeutic model based on this theory, and is what is known as the Self-Regulation Executive Function Model (S-REF Model).

2 - This study provides us with a practical guide for those involved in working with social phobic adolescents represented in the abbreviated and effective therapeutic program is reducing social phobia depending on some innovative therapeutic techniques in the field of Psychotherapy.

3 - This study contributes to increasing effectiveness of the educational process in classrooms because of reducing social phobia that may be experienced by some teachers; This makes them more efficient and able to meet the requirements of educational work.

4 - This study contributes to alleviating the suffering of families of members of the student teachers who are sustaining the state of social phobia.

5 - This study contributes to realizing teacher with the characteristics of this disorder. thus taking into account the circumstances and characteristics of pupils who may be suffering from some attributes of this disorder, and making them more able to stimulate participation of this group of students in collective academic activities.

6 - This study opens the way for researchers to study the metacognitive variables and dimensions in anxiety disorders in general and of Social phobia in particular.

The study sample:

The main sample of the study includes (425) male and female student teachers from the third and fourth year at the faculty of Education, Assiut University, (355) Females, (70) Males.The exploratory sample includes (60) sample members, and the therapeutic study sample (6) student teachers" one pilot group".

Tools of the study:

1- Case formulation form prepared by the researcher.

2 - Social phobia scale (LSPS) syndicated by the researcher.

3- Metacognition Questionnaire (MCQ) syndicated and prepared by Abdullah Mohamed Abdel Zaher.

4- Anxious Thought Inventory (AnTI) syndicated by the researcher

5 - The Therapeutic treatment program prepared by the researcher.

Hypotheses of the study:

1 - There are statistical significant differences between averages of males and females in all grades in the main study sample on social phobia scale (LSPS).

2 - There are statistical significant differences between averages of degree ranks of the respondents of therapeutic sample between stages of pre-test and post-test in psychometric tools of the study including: the Social Phobia Scale (LSPS), the

Metacognition Questionnaire (MCQ), and the Anxious Thought Inventory(AnTI) in favor of prior measurement.

3 - There are no statistical significant differences between averages of degree ranks of the respondents of therapeutic sample between stages of post-test and follow-up in psychometric tools of the study including: the Social Phobia Scale (LSPS), the Metacognition Questionnaire (MCQ), and the Anxious Thought Inventory(AnTI)

Results of the study:

1-The study finds that there are statistical significant differences between averages of males and females in all grades in the main study sample on social phobia scale (LSPS) in favor of females.

2- The study finds that there are statistical differences between averages of degree ranks of the respondents of therapeutic sample stages of pre-test and post-test in psychometric tools of the study including: the Social Phobia Scale (LSPS), the Metacognition Questionnaire (MCQ), and the Anxious Thought Inventory(AnTI) in favor of prior measurement.

3- The study finds that there are no statistical significant differences between averages of degree ranks of the respondents of therapeutic sample between stages of post-test and follow-up in psychometric tools of the study including: the Social Phobia Scale (LSPS), the Metacognition Questionnaire (MCQ), and the Anxious Thought Inventory(AnTI)

Assuit University
Faculty of Education
Educational Psychology Dept.

Effectiveness of a treatment program based on metacognitive strategies in reducing social phobia in a sample of student teachers at Assiut University in the light of (S-REF) Model

A Dissertation submitted by

Walid Mohamed Mohemed Sayed

**Researcher of Educational Affairs –
Education Enhancement Center**

**to meet the requirements for a master's degree
in Education (Psychology -Mental Health)**

Under The Supervision of

Prof.Hamdi Shaker Mahmoud	Dr.Abd-Allah M. Abd El-Zaher
Professor of mental health	Mental health teacher
The Ex-dean of faculty of Education	Faculty of Education
(New Valley) Assuit University	Assuit University

University year: 2012-2013